

แบบประเมินบุคคลและประเมินผลงาน

ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอา  
กล่องเสียงออกทั้งหมด

โดย

นางสาววาสนา แต่งไทย

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ ๔๗๙๖

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย  
นอกภารกิจด้านการพยาบาล

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

## คำนำ

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของประชากรไทย โดยจากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 พบว่า มะเร็งกล่องเสียง อยู่ในอันดับที่ 9 ของมะเร็งที่พบมากในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 2.3 ของมะเร็งทั้งหมด และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 10 เท่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50–70 ปี และมักมีประวัติการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน มะเร็งกล่องเสียงสามารถเกิดได้ทุกตำแหน่งของกล่องเสียง โดยในประเทศไทยพบมากที่สุดบริเวณเหนือสายเสียง รองลงมาคือบริเวณสายเสียง และบริเวณใต้สายเสียง อาการสำคัญของโรค ได้แก่ เสียงแหบเรื้อรัง เจ็บคอ กลืนลำบาก หรือมีก้อนแน่นในลำคอ การวินิจฉัยโรคต้องอาศัยการตรวจร่างกาย การซักประวัติ และส่องกล้องกล่องเสียง การส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา ส่วนแนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรค โดยในระยะลุกลาม (ระยะที่ 3 และ 4) มักต้องรักษาด้วยการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด (Total Laryngectomy) ร่วมกับการรักษาด้วยรังสีรักษาหรือเคมีบำบัด แม้ว่าการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมดจะช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้ แต่ผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการสูญเสียความสามารถในการพูดตามธรรมชาติ ส่งผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกสิ้นหวัง อับอาย ขาดความมั่นใจ หรือกลัวการกลับไปใช้ชีวิตในสังคม เหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาพปัญหาแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการให้การดูแล ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสนับสนุนการเรียนรู้วิธีการสื่อสารรูปแบบใหม่ เช่น การใช้เสียงหลอดอาหาร (Esophageal Speech) เครื่องกำเนิดเสียงไฟฟ้า (Electrolarynx) หรือการผ่าตัดเปิดช่องทางสื่อสารหลอดอาหาร-หลอดลม (Tracheoesophageal Puncture: TEP) ตลอดจนการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนแก่ครอบครัว ซึ่งมีบทบาทเป็นแหล่งพลังใจที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรี

จากเหตุผลดังกล่าวผู้จัดทำจึงตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลที่มีความซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และประสบการณ์อย่างลึกซึ้ง ทั้งในด้านการพยาบาลเฉพาะทางและการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านโดยได้ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลจากแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือ ทั้งทฤษฎีทางการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริง รวมถึงคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้ในการจัดทำกรณีศึกษานี้ ซึ่งคาดว่าจะประโยชน์ต่อพยาบาล นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
สารบัญแผนภูมิ	ง
สารบัญภาพ	จ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	9
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	10
เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา	10
ระยะเวลาในการศึกษา	11
ขั้นตอนการดำเนินงาน	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
<b>บทที่ 2 ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง</b>	
กายวิภาคและสรีรวิทยาของมะเร็งกล่องเสียง	13
ความหมายของโรคมะเร็งกล่องเสียง	13
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกล่องเสียง	17
อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งกล่องเสียง	18
การวินิจฉัยโรคมะเร็งกล่องเสียง	20

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การแบ่งระยะโรคมะเร็งกล่องเสียง	20
การประเมินระยะของโรคมะเร็งกล่องเสียง	23
การรักษาโรคมะเร็งกล่องเสียง	25
การติดตามผลหลังการรักษา (Follow up)	29
ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น	30
การเจาะคอ (Tracheostomy)	31
การดูแลหลังผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง	35
<b>บทที่ 3 การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา</b>	
กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)	30
ทฤษฎีการพยาบาลของรอย (Roy's Adaptation Theory)	35
การบูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของรอยกับกรณีศึกษา	42
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด	43
การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยมะเร็งหลังผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด	51
<b>บทที่ 4 กรณีศึกษา</b>	
ข้อมูลทั่วไป	55
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	55
การตรวจร่างกายและการประเมินภาวะสุขภาพ	58
การประเมินร่างกายตามระบบ	80

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	61
การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่น ๆ	66
แผนการรักษาที่ได้รับ	73
วิเคราะห์และเปรียบเทียบทฤษฎีความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา	73
การพยาบาลในช่วงรับไว้ดูแล	79
สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างรับไว้ในกรณีดูแล	69
<b>บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ</b>	
สรุปวิเคราะห์กรณีศึกษา	122
ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัดและแนวทางการแก้ไขปัญหา	125
ข้อเสนอแนะ	125
บรรณานุกรม	126
ภาคผนวก	

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การแบ่งระยะของโรคและการแพร่กระจาย แบ่งตาม American Joint Committee	6
ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจ : Hematology Examination	7
ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจ : biochemistry	8
ตารางที่ 4 แสดงผลการตรวจ Urine examination	11
ตารางที่ 5 แสดงผลการตรวจ : Immunology	12
ตารางที่ 6 แสดงผลการตรวจเลือดเพาะเชื้อ	25
ตารางที่ 7 แสดงผลการตรวจทางพยาธิวิทยา	53
ตารางที่ 8 แสดงผลการตรวจพิเศษทางด้านรังสีวินิจฉัย	72
ตารางที่ 9 แผนการรักษาที่ได้รับ	142
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบกรณีศึกษากับข้อมูลทางวิชาการ	19

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 แสดง Family Genograms

57

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กายวิภาคของกล่องเสียง	6
ภาพที่ 2 ระบบกล้ามเนื้อ แสดงแหล่งที่มาของระบบกล้ามเนื้อ	7
ภาพที่ 3 ระบบเส้นประสาท แสดงระบบเส้นประสาทที่มา	8
ภาพที่ 4 ลักษณะของมะเร็งกล่องเสียงส่วนของสายเสียง	11
ภาพที่ 5 กล้อง Flexible Laryngoscope	13
ภาพที่ 6 ภาพแสดงชนิดของท่อหลอดลมคอ	25
ภาพที่ 7 กล่องเสียงไฟฟ้า (Electrolarynx)	53

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.6 ล้านคนหรือเสียชีวิตหนึ่งในหกผู้ป่วยมะเร็งที่มีชีวิตอยู่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หลังการวินิจฉัยโรคมะเร็งมากถึง 32.6 ล้านคน ในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่าง สหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 1,688,780 ราย มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 600,920 ราย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในประเทศไทยพบว่ามีโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา ดังจะเห็นได้จากสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทย (Cancer in Thailand) มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในปี 2559 – 2561 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นอันดับหก ในเพศชาย (Rojanamatrin et al., 2021) และในข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปี 2563 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคออยู่ในสิบอันดับแรกของที่มารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563) มะเร็งกล่องเสียง (Laryngeal cancer) และมะเร็งช่องคอส่วนล่าง (Hypopharyngeal cancer) เป็นมะเร็งศีรษะและคอที่สำคัญ มะเร็งกล่องเสียงสามารถเกิดได้กับกล่องเสียงในทุกตำแหน่ง โดยในคนไทย พบมะเร็ง ที่ กล่องเสียง ส่วนที่อยู่เหนือสายเสียงมากที่สุด รองลงมา คือ กล่องเสียงส่วนสายเสียง และ กล่องเสียงส่วนที่อยู่ใต้สายเสียง

ตามลำดับ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมส่งผลให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่ซับซ้อนเนื่องจากบริเวณศีรษะและคอเป็นที่รวมของอวัยวะรับความรู้สึกหลายอย่าง การดำเนินโรคทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ ผิดปกติไป ในระยะแรกก่อนเริ่มการรักษาผู้ป่วยมักมีอาการกลืนลำบาก สำลักน้ำและอาหาร เสียงเปลี่ยน มีอาการปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า รับประทานอาหารได้น้อยลง พุดสื่อสารไม่ชัดเจน มีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย และการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีระสภาพของโรคนำไปสู่ปัญหาทางภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

การรักษา มะเร็ง ประกอบด้วยการรักษาหลัก ได้แก่ ศัลยกรรม รังสีรักษา และเคมีบำบัด หรือใช้วิธีร่วมกัน 2 ใน 3 วิธี เช่น การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด เป็นต้น โดยการรักษาหลักสำหรับมะเร็งศีรษะและคอ ในระยะที่ 1 และ 2 คือการผ่าตัดและรังสีรักษา เพื่อมุ่งหวังให้หายขาด แต่เมื่อมีอาการในระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งมักเป็นระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะใกล้เคียง เป้าหมายการรักษาเพื่อประคับประคอง หรือจำกัดการแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง ด้วยการฉายรังสี หรือการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด (รุ่งนภา คงภักดี, มุกดา เดชประพนธ์, และสุปรีดา มั่นคง, 2564) แม้ว่าการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมดจะช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้ แต่ผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการสูญเสียความสามารถใน

การพูดตามธรรมชาติ ส่งผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกสิ้นหวัง อับอาย ขาดความมั่นใจ หรือกลัวการกลับไปใช้ชีวิตในสังคม ภาวะเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้ทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาพปัญหาแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการให้การดูแลส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสนับสนุนการเรียนรู้วิธีการสื่อสารรูปแบบใหม่ เช่น การใช้เสียงหลอดอาหาร (Esophageal Speech) เครื่องกำเนิดเสียงไฟฟ้า (Electrolarynx) หรือการผ่าตัดเปิดช่องทางสื่อสารหลอดอาหาร-หลอดลม (Tracheoesophageal Puncture: TEP) ตลอดจนการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนแก่ครอบครัว ซึ่งมีบทบาทเป็นแหล่งพลังใจที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรี

จากเหตุผลดังกล่าวผู้จัดทำจึงตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลที่มีความซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และประสบการณ์อย่างลึกซึ้ง ทั้งในด้านการพยาบาลเฉพาะทางและการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านโดยได้ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลจากแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือ ทั้งทฤษฎีทางการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริง รวมถึงคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้ในการจัดทำกรณีศึกษาฉบับนี้ ซึ่งคาดว่าจะประโยชน์ต่อพยาบาล นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และช่วยยกระดับคุณภาพของการให้บริการทางการพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินโรค แนวทางการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด
2. เพื่อนำความรู้ที่ได้จากกรณีศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติงานและถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

### เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

มะเร็งกล่องเสียง (Laryngeal cancer) เป็นมะเร็งของระบบทางเดินหายใจส่วนต้นที่พบได้บ่อยในประเทศไทย โดยเฉพาะในเพศชายและผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการเสียงแหบ กลืนลำบาก หรือรู้สึกจุกแน่นบริเวณลำคอ ซึ่งอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นเรื้อรังและถูกมองข้าม ส่งผลให้มีการวินิจฉัยในระยะที่ลุกลามแล้ว จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด (Total laryngectomy)

กรณีศึกษานี้เป็นผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 56 ปี มารับการตรวจรักษาด้วยอาการกรกลืนลำบาก จุกแน่น บริเวณลำคอ และเสียงแหบเรื้อรังมานานกว่า 1 ปี ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกล่องเสียงระยะลุกลาม แพทย์จึงวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ซึ่งเป็นวิธีการรักษาหลักในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การผ่าตัดดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในด้าน การสื่อสาร การหายใจ และการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการสูญเสียเสียงพูด ซึ่งมีผลต่อความมั่นใจ ความสัมพันธ์ในสังคม และสภาพจิตใจ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลหลังการผ่าตัด ทั้งด้านการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การฝึกใช้เสียงใหม่ เช่น เสียงหลอดอาหาร (Esophageal speech) การใช้เครื่องช่วยพูด (Electrolarynx) หรือการฝังท่อ Tracheoesophageal puncture (TEP) ตลอดจนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรและสิทธิประโยชน์ทางสังคม เพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ

นอกจากนี้ การให้คำแนะนำและเตรียมความพร้อมแก่ญาติผู้ดูแลก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและมีแรงสนับสนุนทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงเป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูตนเองและกลับไปดำรงชีวิตที่บ้านได้อย่างมีศักยภาพ

ด้วยเหตุนี้ ผู้จัดทำจึงเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เพื่อศึกษากระบวนการดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมการสื่อสารหลังการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

## ระยะเวลาที่ศึกษา

วันที่รับไว้ในการดูแล 23 เมษายน 2567 วันที่สิ้นสุดการดูแล 6 มิถุนายน 2567 รวม 46 วัน

## ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ภายในคลินิกหู คอ จมูก ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย โดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ
3. ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยในระบบ HIS ( Hospital Information Systems) โรงพยาบาล

4. ศึกษา ค้นคว้าตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ นำมาบูรณาการร่วมกันเพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
5. ปรึกษาแพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในการนำความรู้และประสบการณ์มาประยุกต์ใช้เพื่อให้การพยาบาลกรณีศึกษาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
6. นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการพยาบาลตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลโดยให้การดูแลให้ข้อมูล คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ
7. จัดทำผลงานวิชาการและเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง
8. จัดพิมพ์และเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการศึกษา

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค ตลอดจนแนวทางการรักษาและสามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
2. สามารถนำความรู้ที่ได้จากกรณีศึกษาไปใช้ในการพัฒนางานและถ่ายทอดองค์ความรู้ให้ห้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมดรวมทั้งการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ โดยการเผยแพร่ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## บทที่ 2

### ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

#### กายวิภาคและสรีรวิทยากล่องเสียง

กล่องเสียงเป็นอวัยวะที่อยู่ด้านหน้าของลำคอ ขนาดกว้างประมาณ 5 เซนติเมตร กล่องเสียงประกอบด้วยกล้ามเนื้อสองแถบที่ทำหน้าที่เป็นสายเสียง และมีกระดูกอ่อนอยู่ทางด้านหน้า โดยอาจแบ่งออกเป็นสามส่วน คือ ส่วนบน ส่วนกลาง และส่วนล่าง มีหน้าที่ในการออกเสียง ช่วยการหายใจ และช่วยการกลืนอาหาร การเปิด-ปิด ของกล่องเสียง จะสัมพันธ์ กับการหายใจ การพูด และการกลืนอาหาร

การหายใจ เมื่อกลืนหายใจ สายเสียงจะปิดแน่น แต่เมื่อมีการหายใจ สายเสียงจะผ่อนคลายและเปิดออก

การพูด เวลาพูด จะมีการเคลื่อนไหว ของสายเสียงเข้าหากัน ลมจากปอดจะผ่านสายเสียง และทำให้เกิดการสั่นสะเทือนของสายเสียง แรงสั่นสะเทือนนี้เองที่ทำให้เกิดเสียงขึ้น

การกลืน กล่องเสียงจะป้องกันไม่ให้อาหารและน้ำ สำลักลงไป ในหลอดลม และปอด

กล่องเสียงประกอบด้วยกระดูกอ่อน 3 ชิ้น ได้แก่ ฝาปิดกล่องเสียง (Epiglottis), Thyroid Cartilage และ cricoid Cartilage และ 3 คู่ ได้แก่ Arytenoid, Cuneiform, Corniculate Cartilage กล่องเสียงสามารถแบ่งได้ 3 ส่วน คือ

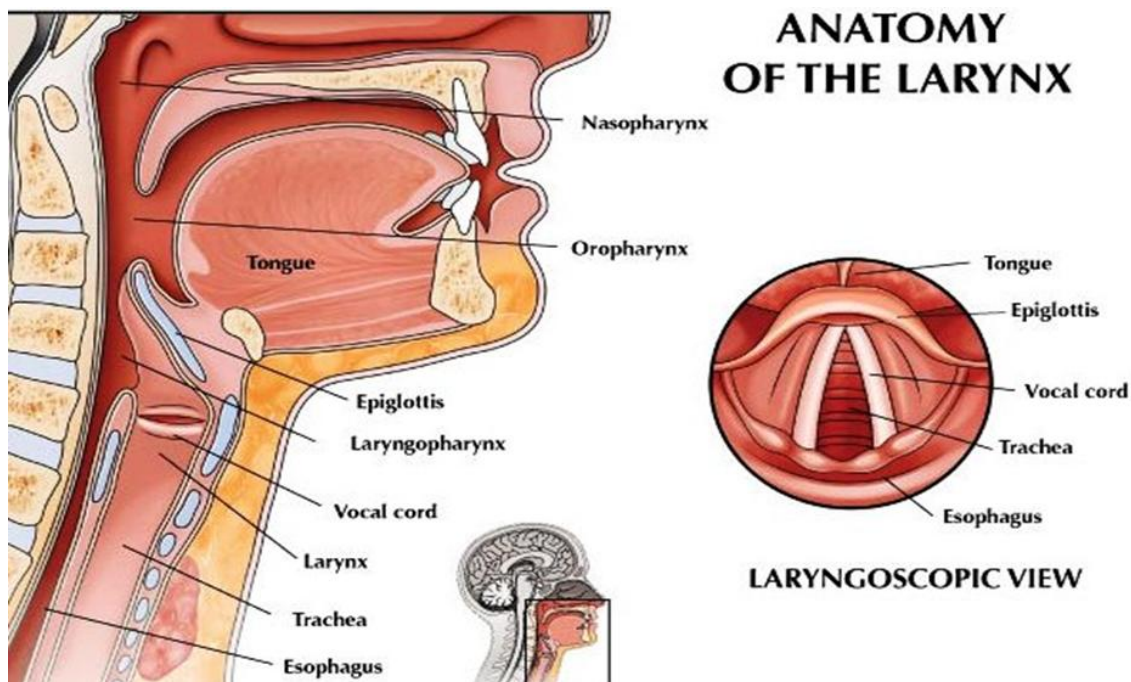
1. กล่องเสียง ส่วนที่อยู่เหนือสายเสียง (Supraglottis) ซึ่งประกอบไปด้วย ฝาปิดกล่องเสียงตั้งแต่กระดูก Hyoid, Aryepiglottic fold, False vocal fold โดยส่วนล่างสุดเป็นเส้นสมมติแนวนอนลากจาก Ventricle ถึงด้านบนสุดของ True vocal fold

2. กล่องเสียง ส่วนสายเสียง (Glottis) ประกอบไปด้วยส่วนของ True vocal fold, Anterior และ Posterior commissure อยู่ล่างสุดของ Glottis นั้นเส้นสมมติลากจากใต้ต่อ Ventricle 1 เซนติเมตร

3. กล่องเสียง ส่วนที่อยู่ใต้สายเสียง (Subglottis) ใต้ต่อ True vocal fold จนถึง Cricoid

การพัฒนาของ Larynx ในระยะ Embryo

Supraglottis	พัฒนามาจาก Buccopharyngeal Primordium ของ 3 <sup>rd</sup> และ 4 <sup>th</sup> Branchial arch
Glottis และ Subglottis	พัฒนามาจาก Tracheobronchial Primordium ของ 6 <sup>th</sup> Branchial arch ในแต่ละข้าง



ภาพที่1 กายวิภาคของกล่องเสียง <https://sites.google.com/site/buhriyasub/rokh-thi-keid-cak-buhri/rokh-mareng-tang/mareng-klxng-seiyng>

นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างในส่วนของเลือดที่มาเลี้ยงและการถ่ายเทระบบน้ำเหลือง โดย Supraglottis รับเลือดจาก Superior laryngeal artery และระบบน้ำเหลืองมีการถ่ายเทไปยังต่อมน้ำเหลืองที่คอ บริเวณ level II-III ส่วน Glottis และ Subglottis ได้รับเลือดจาก Inferior laryngeal artery และระบบน้ำเหลืองถ่ายเทไปยังต่อมน้ำเหลืองที่คอ level IV, VI, Prelaryngeal และ Pretracheal

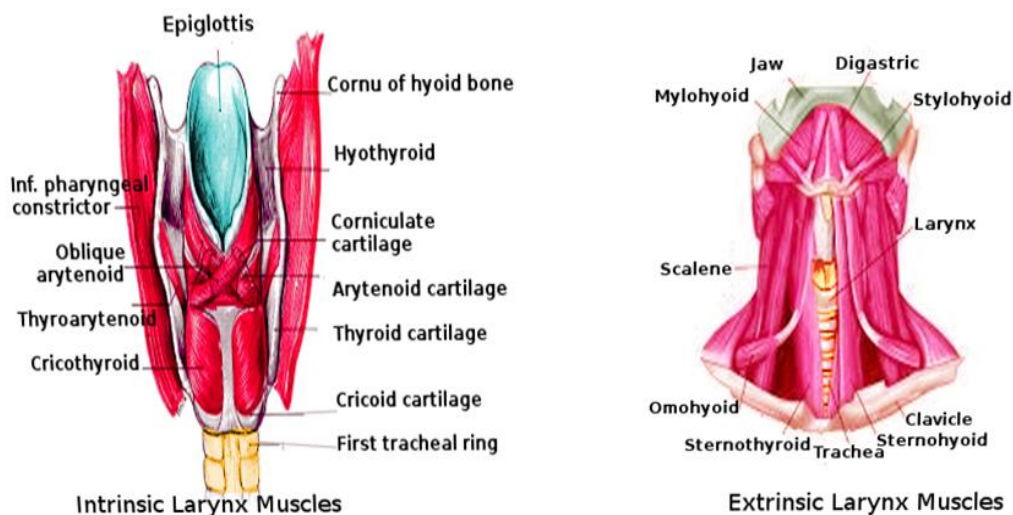
กล่องเสียงประกอบไปด้วยกล้ามเนื้อที่มีส่วนสำคัญในการทำงานเปิดปิดกล่องเสียง ทำให้กล่องเสียงสามารถทำหน้าที่เปิดปิดขณะหายใจ ปกป้องทางเดินหายใจ และออกเสียงได้ ดังนี้

- Extrinsic Laryngeal Muscles ได้แก่กลุ่ม Infrahyoid strap muscle (Sternohyoid, Sternohyoid และ Thyroid) ทำหน้าที่พยุง ให้ความมั่นคงแก่กล่องเสียง กลุ่ม Suprahyoid group (Digastrics, Stylohyoid, Geniohyoid, Mylohyoid และ Stylopharyngeus) ทำหน้าที่ยกกล่องเสียง เคลื่อนไปด้านหน้า ขณะกลืน

- Intrinsic Laryngeal Muscle ทำหน้าที่ในการเปิดปิดกล่องเสียง ได้แก่

1. Posterior Cricoarytenoid Muscle (PCA) เป็นกล้ามเนื้อเดียวที่ทำหน้าที่ในการเปิดกล่องเสียง (Abduction)
2. Lateral Cricoarytenoid Muscle (LCA) ทำหน้าที่ปิดกล่องเสียง (Adduction)

3. Interarytenoid Muscle (IA) ทำหน้าที่ปิดกล่องเสียง (Adduction)
4. Thyroarytenoid Muscle (TA) เมื่อมีการหดตัวทำให้เส้นเสียงหดสั้น และหนาตัว รวมทั้งทำหน้าที่ปิดกล่องเสียง (Adduction)
5. Cricothyroid Muscle (CT) ทำหน้าที่ยืดเส้นเสียงให้ยาวออก ทำให้ออกเสียงได้



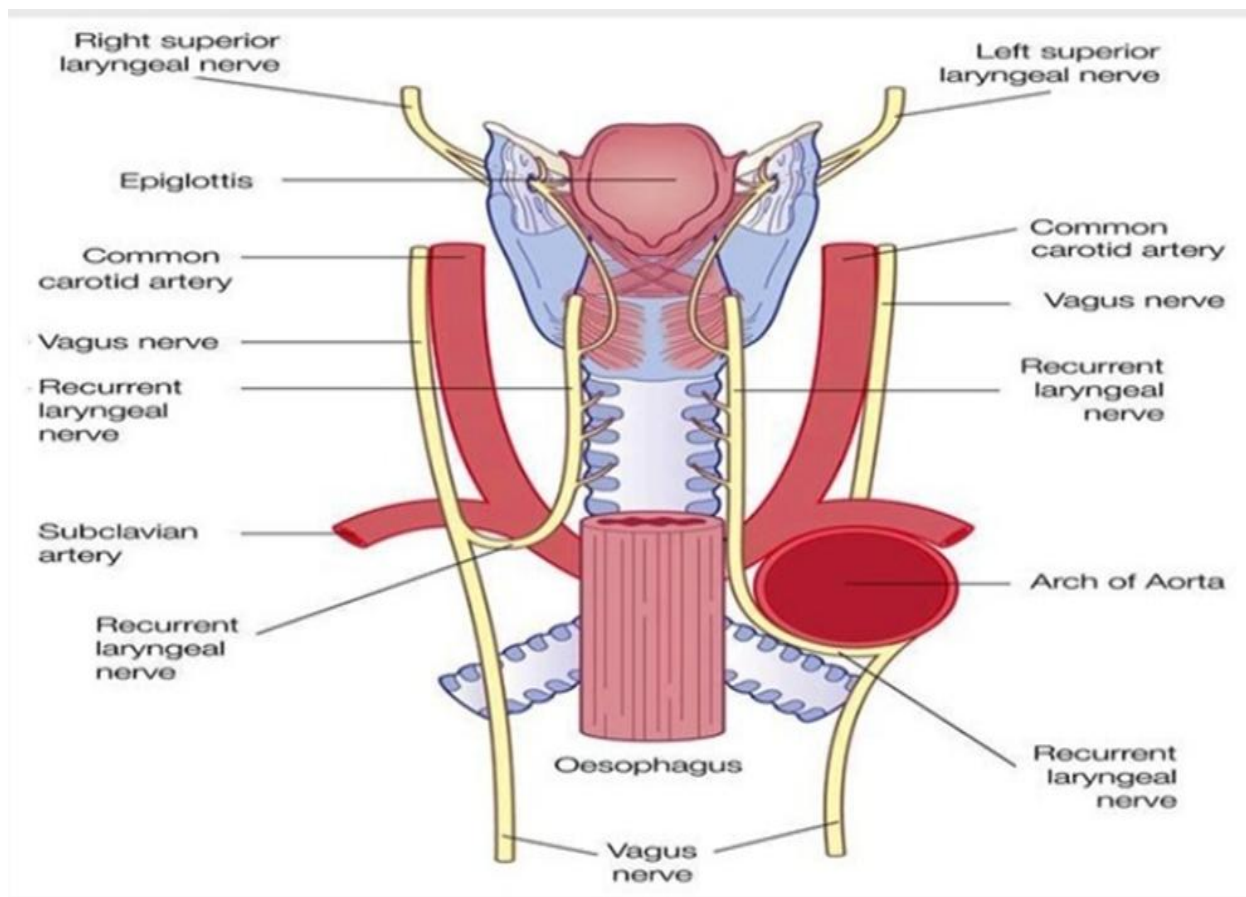
ภาพที่2 ระบบกล้ามเนื้อ แสดงแหล่งที่มาของระบบกล้ามเนื้อ

<https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/>

เส้นประสาทที่นำเลี้ยงกล่องเสียงมาจาก Vagus Nerve (CNX) โดยแยกแขนงเป็น Superior Laryngeal Nerve และ Recurrent Laryngeal Nerve

สำหรับ Superior Laryngeal Nerve แยกแขนงเป็น Internal branch เข้าสู่กล่องเสียงบริเวณ Hyothyroid membrane ทำหน้าที่รับ Sensation บริเวณ Supraglottis และ Glottis ส่วน External branch ทำหน้าที่เลี้ยง Cricothyroid Muscle

Recurrent Laryngeal Nerve แตกแขนงต่อไปถึงทรวงอก แล้วจึงวนกลับมาบริเวณคอ โดยด้านซ้ายบริเวณ Arch of aorta ด้านขวาคลอง Subclavian artery วกกลับมาบริเวณคอโดยอยู่บริเวณ Tracheoesophageal groove และเข้าสู่กล่องเสียงบริเวณ Cricothyroid joint โดย Recurrent Laryngeal Nerve ทำหน้าที่ทั้ง Motor และ Sensory nerve โดยรับ Sensory บริเวณใต้ต่อ Glottis ไป และเลี้ยง Intrinsic Muscle ของกล่องเสียงทุกมัดยกเว้น Cricothyroid Muscle



ภาพที่ 3 ระบบเส้นประสาท แสดงระบบเส้นประสาทที่มา [www.google.co.th](http://www.google.co.th)

Microanatomy of Vocal Fold ที่ควรรู้

เส้นเสียงแบ่งได้เป็น 3 ชั้น ดังนี้

-Squamous Epithelium เป็นชั้นที่อยู่พื้นผิวที่สุดของเส้นเสียง

-Lamina Propria เป็นชั้นที่ติดต่อกับ epithelium โดยยังแบ่งได้อีก 3 ชั้น คือ Superficial Lamina Propria (SLP)เป็นส่วนสำคัญก่อให้เกิดเสียงและเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของเสียง เนื่องจากประกอบไปด้วยของเหลว Extracellular matrix และโปรตีน โดยเรียกบริเวณระหว่างชั้น Superficial และชั้น Intermediated Lamina Propria ว่า Reinke's space ชั้นที่ติดต่อกันได้แก่ Intermediated และ Deep Lamina Propria ซึ่งรวมเรียกว่า Vocal Ligament

-Vocalis Muscle กระดูกอ่อนและเนื้อเยื่อต่างภายในกล่องเสียงเป็นตัวป้องกันการแพร่กระจายของมะเร็งออกนอกกล่องเสียง เช่น Laryngeal Ligament, Hyoepiglottic Ligament, Thyrohyoid membrane, Quadrangular membrane, Conus Elasticus, Anterior Commissure และ

Cricothyroid membrane ส่วนภายในกล่องเสียงมีช่องทางที่เป็นทางแพร่กระจายมะเร็งไปยังส่วนต่างๆ ของกล่องเสียงได้แก่

Pre-epiglottic Space มีขอบเขตดังนี้ ด้านหลังเป็นฝาปิดกล่องเสียง (Epiglottic) ด้านหน้าเป็น Thyrohyoid membrane และด้านในของ Thyroid lamina ด้านบนเป็น Hyoepiglottic ligament และ Vallecular ด้านล่างเป็น Thyroepiglottic ligament โดยด้านข้างของ Pre epiglottic Space เชื่อมต่อกับ Paraglottic Space

Paraglottic Space บริเวณด้านข้างของ Glottis มีขอบเขตดังนี้ Cricothyroid membrane และ perichondrium ของ Thyroid lamina ด้านในเป็น Quadrangular membrane, Ventricle และ Conus Elasticus ด้านหลังเป็น Pyriform Sinus

### สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกล่องเสียง

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคมะเร็งกล่องเสียง แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งกล่องเสียงได้ (ปารยะ อาศนะเสน, 2558)

**บุหรีและสุรา** เป็นความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งกล่องเสียง รวมถึงมะเร็งศีรษะและคออื่นๆ ด้วย ทั้งนี้ ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและปริมาณที่สูบบุหรี และดื่มสุรา นอกจากนี้พบว่าเมื่อแยกเป็นบริเวณที่เกิดโรค บุหรีมีความสัมพันธ์กับมะเร็งในระดับเส้นเสียง (Glottis) ในขณะที่สุราสัมพันธ์กับมะเร็งบริเวณ Supraglottis

**โรคกรดไหลย้อน (Laryngoesophageal Reflux)** เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ก่อให้เกิดมะเร็งกล่องเสียง เนื่องจากการระคายเคืองกล่องเสียงจากกรดเป็นระยะเวลานาน อย่างไรก็ตาม Laryngoesophageal Reflux ไม่ได้มีเพียงกรดเท่านั้น แต่บางการศึกษาที่มีความเชื่อว่าน้ำดีสามารถไหลย้อนขึ้นมาได้ ความเป็นต่างของน้ำดีก็สามารถระคายเคืองเนื้อเยื่อกล่องเสียงได้ อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาที่เชื่อว่าแม้ Laryngoesophageal Reflux จะมีความสัมพันธ์กับมะเร็งกล่องเสียงก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานยืนยันแน่ชัด เนื่องจากไม่สามารถแยกผู้ป่วยออกจากปัจจัยก่อโรคอื่นๆ อย่างบุหรีและสุราได้

**การสัมผัสสารพิษ** มีการศึกษาพบว่าสารพิษที่ได้รับจากการทำงาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งกล่องเสียง ได้แก่ ฝุ่นซีลีเนียม ฝุ่นโลหะ ฝุ่นหินและซีเมนต์ การสูดดมน้ำมันดีเซล น้ำมันแร่ แร่ใยหิน สารละลายอินทรีย์ กรดซัลฟูริก และแก๊สพิษ เป็นต้น

**Human Papillomavirus** เป็นสาเหตุของมะเร็งศีรษะและคอ โดยเฉพาะมะเร็งคอหอย (Oropharyngeal Cancer) สำหรับมะเร็งกล่องเสียงนั้น ไม่พบหลักฐานแน่ชัดของ HPV กับการเกิดมะเร็งกล่องเสียง แต่พบว่าการติดเชื้อ HPV เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกล่องเสียง โดยเฉพาะ HPV 16

## อาการและอาการแสดงของการเกิดโรคมะเร็งกล่องเสียง

ไม่มีอาการเฉพาะของโรคมะเร็งกล่องเสียง แต่อาการจะเหมือนกับกล่องเสียงอักเสบจากสาเหตุทั่วไป ซึ่งมีอยู่ด้วยกันหลายรูปแบบ รายรายอาจมีเพียงอาการเดียว แต่บางรายอาจมีหลายอาการรวมกันได้ (ปารยะ อาศนะเสน,2558)

1.เสียงแหบ (Hoarseness) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงคุณภาพของเสียง โดยปกติคุณภาพของเสียงขึ้นอยู่กับขนาดของกล่องเสียงและสายเสียง ความบางเรียบของสายเสียงและความสามารถเคลื่อนขยับของสายเสียง เสียงแหบเป็นอาการแสดงที่สำคัญของมะเร็งกล่องเสียง ส่วน Glottis มักจะมีเสียงแหบแห้ง ระดับเสียงต่ำกว่าปกติ เนื่องจากสายเสียงทำหน้าที่ได้ไม่ดีจากความไม่เรียบความขรุขระของสายเสียง การอุดตันหรือแคบลงของ Glottis หรือเมื่อมีการลุกลามไปถึงกล้ามเนื้อสายเสียง

2.หายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการแสดงระยะท้ายของกล่องเสียงอุดตัน เกิดจากการที่ก้อนโตขึ้น การสะสมคั่งค้างของเศษเนื้อที่ตาย (Debris) และเสมหะทำให้อุดตันทางเดินหายใจ หรือการที่สายเสียงถูกเบียดอยู่ในตำแหน่งชิดกันจนไม่สามารถเคลื่อนขยับได้ ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากและหายใจมีเสียงดัง

โดยที่ผู้ป่วยมะเร็งส่วน Glottis จะหายใจมีเสียงดังช่วงหายใจเข้าและหายใจออก เนื่องจากมีรอยโรคหรือการติบตันอยู่ที่สายเสียงต่างจากผู้ป่วยมะเร็ง ส่วน supraglottis ที่มีการติบแคบเหนือสายเสียงซึ่งเป็นทางเข้าของลมหายใจจะมีเสียงดังช่วงหายใจเข้าและต่างจากผู้ป่วยมะเร็ง ส่วน supraglottis ที่มีการติบแคบต่ำกว่าสายเสียงมักจะมีเสียงดังช่วงหายใจออก

3.ไอ (Cough) และอาการออกเป็นเลือด (Hemoptysis) อาจเกิดขึ้นขณะที่ก้อนโตขึ้น ความรู้สึกคันในคอ ระคายเคืองคอ จุกแน่นในคอ พบได้ในผู้ป่วยเหล่านี้ และจากการที่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงบริเวณรอบๆก้อนมะเร็งเป็นจำนวนมาก การเป็นแผลที่ก้อน จึงทำให้มีเลือดออกได้ในขณะที่ไอ และอาจเกิดอุดตันของทางเดินหายใจได้ถ้าเลือดออกมาก

4.กลืนลำบาก (Odynophagia) และการกลืนแล้วเจ็บ (Dysphagia) เป็นอาการที่พบมากในมะเร็งส่วนฐานของลิ้น supraglottis, superior hypopharynx บริเวณ pyriform และ postcricoid อาจจะมีรู้สึกแน่นในคอ กลืนลำบาก กลืนแล้วเจ็บและอาจจะบ้วนน้ำลายบ่อยๆ มะเร็ง ส่วน glottis เมื่อมีอาการดังกล่าว มักแสดงว่าโรคได้ลุกลามมากแล้ว หรือออกนอกกล่องเสียงแล้ว

5.เจ็บปวด (Pain) เจ็บคอ (sore throat) พบได้บ่อยๆในมะเร็งส่วน superior hypopharynx,epiglottis, pyriform sinus อาการเจ็บปวดมีตั้งแต่ความรู้สึกเจ็บเหมือนขีดข่วน(Scarching sensation) ถึงปวดมากเหมือนถูกของมีคมที่แทง(sharp pain or stabbing pain) อาการเจ็บปวดที่คอข้างเดียว(Unilateral pain) เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดของมะเร็ง ส่วน supraglottis และ pyriform sinus

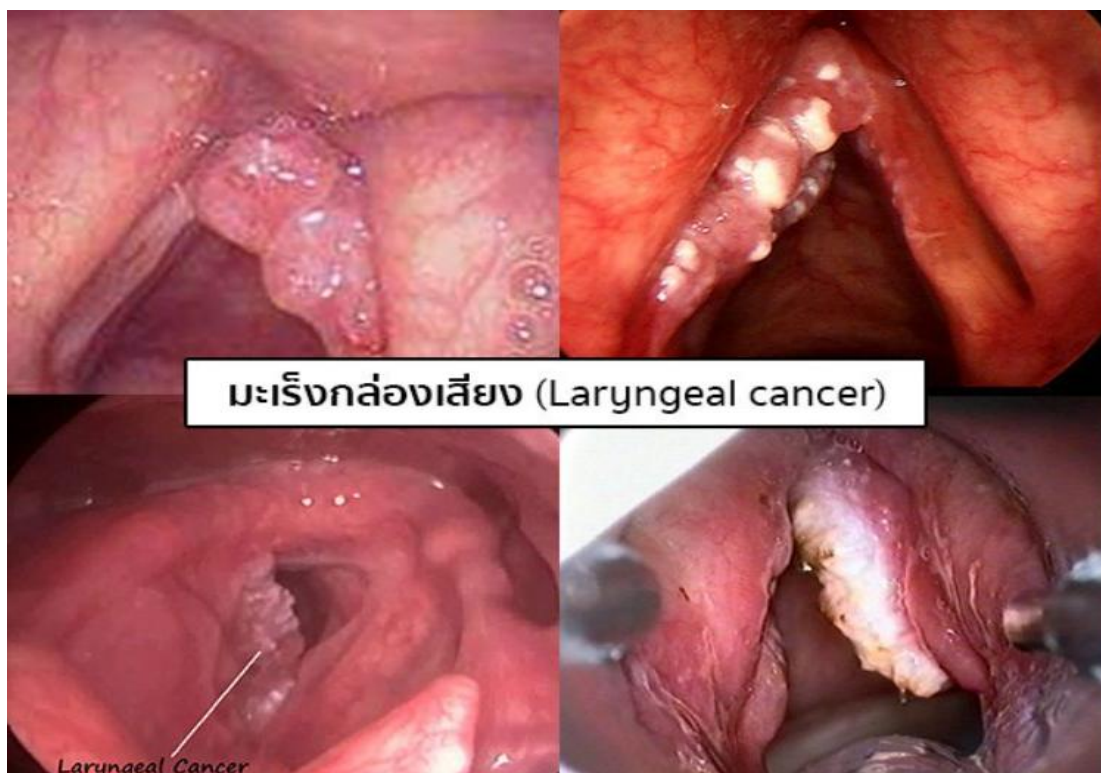
ความเจ็บปวดที่ร้าวไปตามเส้นประสาทสมองที่ 10 ไปยังหู (referred pain) ลักษณะปวดมากคล้ายของแหลมทิ่ม ปวดจนทนไม่ได้ ปวดเป็นพักๆ มักพบในมะเร็งของ pyriform sinus ฐานของลิ้นและ Vallecula (ระหว่างโคนลิ้นกับ epiglottis) พบน้อยมากในมะเร็ง glottis หรือ subglottis หากพบแสดงว่าโรคลุกลามถึงกระดูกอ่อนของกล่องเสียง หรือออกนอกกล่องเสียง

6. มีกลิ่นปาก (Halitosis) พบในผู้ป่วยเหล่านี้เนื่องจาก การรักษาความสะอาดของปาก ฟันไม่ดี หรือจากการมีเนื้อตาย (Necrosis) ของก้อนหรือมีการอักเสบ

7. น้ำหนักลด (Weight loss) น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อาจเป็นการที่แสดงว่า มะเร็งมีการแพร่กระจายไปนอกกล่องเสียง หรือกระจายไปไกลยังอวัยวะอื่นๆ โดยทั่วไปเป็นผลสืบเนื่องจากการปิดกั้นทางเดินอาหาร การกลืนแล้วเจ็บหรือการหายใจลำบาก จากการสำลักทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้

8. คอบวม มีก้อนที่คอ อาจพบต่อมน้ำเหลืองโต เนื่องจากมีการกระจายของมะเร็ง

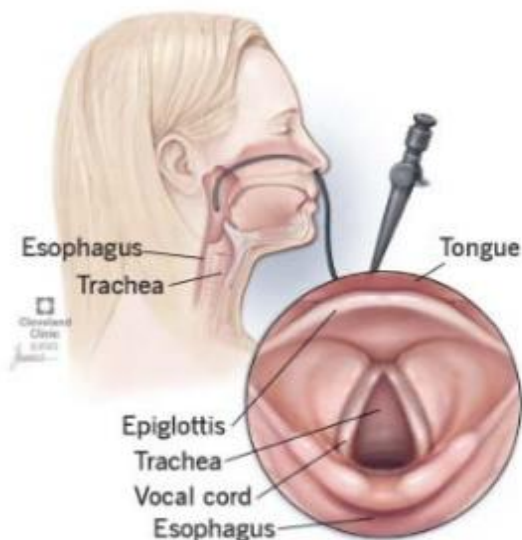
9. เจ็บที่กล่องเสียง อาจเกิดในระยะหลังๆ ของโรคได้เนื่องจากกระดูกอ่อน Thyroid เยื่อหุ้มกระดูกอ่อนซึ่งมะเร็งลุกลามมาถึงเกิดการอักเสบ



ภาพที่ 4 ลักษณะของมะเร็งกล่องเสียงส่วนของสายเสียง

## การวินิจฉัยโรคมะเร็งกล่องเสียง

1. การซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียดโดยเฉพาะอาการทางระบบหู คอ จมูก ประวัติอาการแสดง ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติโรคประจำตัว ยาที่รับประทาน
2. การตรวจด้วย Fiberoptic หรือ Rigid endoscope ประกอบด้วย Laryngoscopy, Endoscopy ซึ่งปัจจุบันสามารถตัดชิ้นเนื้อภายใต้การฉายาเฉพาะที่ ผ่านการส่องกล้อง Flexible Laryngoscope ได้



ภาพที่ 5 กล้อง Flexible Laryngoscope

<https://www.advancedmedical.in/images/department/6.jpg>

3. การตัดชิ้นที่เป็นรอยโรคเพื่อให้ได้ผลยืนยันทางพยาธิวิทยา

## การแบ่งระยะของโรคมะเร็งกล่องเสียง

- ระยะที่ 1 มะเร็ง หลุกลามอยู่เฉพาะในกล่องเสียงเพียงส่วนเดียว
- ระยะที่ 2 มะเร็ง หลุกลามเข้ากล่องเสียงตั้งแต่ 2 ส่วนขึ้นไป
- ระยะที่ 3 มะเร็ง หลุกลามจนสายเสียงไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และ/หรือ มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ซึ่งมีขนาดเล็กไม่เกิน 3 ซม. เพียง 1 ต่อมน
- ระยะที่ 4 มะเร็ง หลุกลามเข้าผิวหนัง และ/หรือ ต่อมน้ำทรวงอก และ/หรือ หลอดอาหาร และ/หรือ มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโตหลายต่อมน และ/หรือ ต่อมน้ำเหลืองที่คอมีขนาดโตมากกว่า 6 ซม. และ/หรือ

แพร่กระจายเข้ากระแสโลหิตไปยังอวัยวะอื่นๆที่อยู่ห่างจากต้นกำเนิดของมะเร็ง เช่น ปอด ตับ กระดูก และสมอง เป็นต้น

ตารางที่ 1 การแบ่งระยะของโรคและการแพร่กระจาย แบ่งตาม American Joint Committee (8th AJCC, ed. 2017) ดังนี้

T : Primary			
	Supraglottis	Glottis	Subglottis
T1	มะเร็งอยู่ตำแหน่งเดียวและสายเสียงปกติ	มะเร็งอยู่ที่สายเสียงข้างเดียวหรือ2ข้างอาจจะลามมาที่ anterior หรือ posterior commissure ก็ได้ แต่สายเสียงยังเคลื่อนไหวได้	มะเร็งอยู่บริเวณ Subglottis
T2	มะเร็งโตขึ้นและกระจายไปมากกว่า 1 แห่ง ที่สายเสียงหรือเนื้อสายเสียง และสายเสียงยังคงขยับได้ตามปกติ	มะเร็งกระจายไปมากกว่า 1 แห่ง ที่กล่องเสียงเหนือหรือใต้สายเสียง และ/หรือสายเสียงไม่สามารถขยับได้	มะเร็งลามจากกล่องเสียงส่วนที่อยู่ใต้สายเสียงไปที่สายเสียงทำให้สายเสียงอาจขยับได้ตามปกติหรือขยับได้น้อยลง
T3	มะเร็งโตขึ้นเฉพาะที่กล่องเสียง ทำให้สายเสียงไม่สามารถขยับได้ และ/หรือมะเร็งโตขึ้นใกล้กับบริเวณหลังกระดูกอ่อนไครคอยด์ พื้นที่ด้านข้างสายเสียง ด้านในกระดูกอ่อนไทรอยด์ เป็นต้น	มะเร็งโตขึ้นเฉพาะที่กล่องเสียง ทำให้สายเสียงไม่สามารถขยับได้ มะเร็งลามไปที่ด้านข้างสายเสียง และ/หรือลามไปที่ด้านในกระดูกอ่อนไทรอยด์	มะเร็งโตขึ้นเฉพาะที่กล่องเสียง ทำให้สายเสียงไม่สามารถขยับได้
T4a	มะเร็งลามไปยังกระดูกอ่อนไทรอยด์ และ/หรือที่เนื้อเยื่อเหนือกล่องเสียง	มะเร็งลามไปยังกระดูกอ่อนไทรอยด์ และ/หรือที่เนื้อเยื่อเหนือกล่องเสียง	มะเร็งลามไปยังกระดูกอ่อนไทรอยด์ และ/หรือที่เนื้อเยื่อเหนือกล่องเสียง
T4b	มะเร็งลามไปที่เนื้อเยื่อหน้ากระดูกสันหลังที่คอ รอบหลอดเลือดแดงหรือลามไปที่ปอด	มะเร็งลามไปที่เนื้อเยื่อหน้ากระดูกสันหลังที่คอ รอบหลอดเลือดแดงหรือลามไปที่ปอด	มะเร็งลามไปที่เนื้อเยื่อหน้ากระดูกสันหลังที่คอ รอบหลอดเลือดแดงหรือลามไปที่ปอด

N : Cervical node	
N0	คล้ำไม่พบต่อมน้ำเหลือง
N1	คล้ำได้ต่อมน้ำเหลืองต่อมเดียวในแดนที่เป็นมะเร็งและเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 3 เซนติเมตร
N2a	คล้ำต่อมน้ำเหลืองได้ในแดนที่เป็นมะเร็งเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 - 6 เซนติเมตร
N2b	คล้ำได้หลายต่อมข้างเดียวกับมะเร็งแต่ไม่มีต่อมใดมีเส้นผ่าศูนย์กลางเกิน 6 เซนติเมตร
N2c	คล้ำได้ต่อมน้ำเหลืองทั้ง 2 ข้าง ของคอ หรือคล้ำต่อมน้ำเหลืองได้แดนตรงข้ามกับมะเร็ง แต่ไม่มีต่อมใดมีเส้นผ่าศูนย์กลางเกิน 6 เซนติเมตร
N3	คล้ำต่อมน้ำเหลืองแดนเดียวกับมะเร็งและต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 6 เซนติเมตร

M : Distant Metastasis			
M0	ไม่มีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น		
M1	พบว่ามีกระจายไปยังอวัยวะอื่น จากการตรวจร่างกายหรือการตรวจพิเศษ		
Clinical staging			
Stage I	T1	N0	M0
Stage II	T2	N0	M0
Stage III	T3	N0	M0
	T1,T2,T3	N1	M0
Stage IV	T4	N0, N1	M0
	T อะไรก็ได้	N0, N3	M0
	T อะไรก็ได้	N อะไรก็ได้	M1

### อัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียง

โดยอัตราการรอดที่ 5 ปี

ระยะที่ 1 ประมาณ ร้อยละ 70 - 90

ระยะที่ 2 ประมาณ ร้อยละ 60 – 70

ระยะที่ 3 ประมาณ ร้อยละ 40 – 60

ระยะที่ 4 กลุ่มที่ยังไม่มีการแพร่กระจายเข้ากระแสโลหิต ประมาณ ร้อยละ 20 – 40 ถ้ามีการแพร่กระจายเข้ากระแสโลหิตแล้ว โอกาสที่จะอยู่ได้ 2 ปี ประมาณ ร้อยละ 30 – 50

### การประเมินระยะของโรคมะเร็งกล่องเสียง

โดยพิจารณาตาม TNM staging เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษา (สมจินต์ จินดาวิจักษณ์ และคณะ 2557)

#### 1.การประเมิน Primary lesion

-การประเมินด้วย Endoscope

-การประเมินด้วย CT scan หรือ MRI

จากการศึกษาพบว่าการประเมินด้วย CT scan หรือ MRI เมื่อเทียบกับผลทางพยาธิวิทยาแล้วพบว่ามี ความผิดพลาดร้อยละ 20 ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็น upstaging และพบว่า staging ที่เปลี่ยนไปจากการประเมินด้วย CT scan หรือ MRI ไม่มีผลต่อการทำนายโรคในแง่ของ local failure และ cause specific survival rate ดังนั้นการประเมินด้วย CT scan หรือ MRI จึงอาจพิจารณาในกรณีที่เห็นว่าการประเมินจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรักษา เช่น รายที่ต้องการทราบว่าผ่าตัดด้วยวิธี Laryngectomy ได้หรือไม่ หรือในรายที่จะรักษาด้วยวิธีฉายรังสีเป็น curative radiation ซึ่งกรณีดังกล่าวอาจจำเป็นต้องตรวจด้วย CT scan หรือ MRI เพิ่มประเมินเกี่ยวกับการลุกลามของมะเร็งให้ชัดเจนขึ้น

#### 2.การประเมินการแพร่กระจายต่อมน้ำเหลือง

-การประเมินด้วยกรตรวจร่างกาย

-การประเมินโดยใช้ CT scan หรือ MRI แยกพิจารณา ดังนี้

ในกรณีที่คลำพบต่อมน้ำเหลืองอาจพิจารณาทำ CT scan หรือ MRI ในกรณีที่สงสัยว่าจะสามารถผ่าตัดเอาต่อมน้ำเหลืองออกได้หรือไม่ (resectability)

กรณีที่คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองอาจพิจารณาทำ CT scan หรือ MRI หรือ ultrasound เพื่อประเมินว่าจะต้องทำ elective neck dissection หรือไม่ ในกรณีที่มีแผนจะทำ elective neck dissection อยู่แล้ว อาจจะไม่ต้องประเมินต่อมน้ำเหลือง ด้วย CT scan หรือ MRI หรือ ultrasound ก่อนผ่าตัดก็ได้

### 3.การประเมิน distant metastasis

อุบัติการณ์ของ distant metastasis ใน laryngeal cancer และ hypopharyngeal cancer เท่ากับ ร้อยละ 4-24 และพบตั้งแต่ครั้งแรกร้อยละ 2-17 ส่วนใหญ่จะพบที่ปอด (ร้อยละ 45-83) กระดูก (ร้อยละ 10-41) และตับ(ร้อยละ 6-24) ดังนั้นการประเมิน distant metastasis จึงอาจจะแบ่งพิจารณา ดังนี้

Lung Metastasis พบว่า CT chest มีความไวในการตรวจหา Lung metastasis ได้ดีกว่า Plain film chest x-ray และสามารถใช้เป็น screening test ได้ดีกว่า แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ผู้ป่วยที่มี distant metastasis จะมี 5 year overall survival น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี distant metastasis ร้อยละ 12 แต่พบว่าการตรวจพบ distant metastasis ตั้งแต่แรกหรือการตรวจพบภายหลังไม่มีผลต่อ overall survival ดังนั้น การทำ CT chest อาจพิจารณาทำในกรณีที่พบความผิดปกติจาก film chest x-ray ที่น่าสงสัย หรือในรายที่มีโอกาสเกิด Lung Metastasis ได้สูง

Bone Metastasis พบได้น้อยมาก การประเมินอาจจะประเมินโดยการตรวจระดับ Alkalinephosphatase ในเลือด หรือการทำ bone scan ก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามแนะนำให้ทำ bone scan ในรายที่มีอาการปวดกระดูกเฉพาะที่โดยเฉพาะปวดมากเวลากลางคืน

Liver Metastasis ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ และในกลุ่มของประชากรการประเมินโดยการตรวจเลือดมีรายงานว่ามีความ sensitivity ร้อยละ 45 และ specificity ร้อยละ 75 ในขณะที่การประเมินโดยใช้ ultrasound และ CT scan มีหลักฐานว่าให้ผลการตรวจแม่นยำกว่าการตรวจเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ultrasound มี accuracy ร้อยละ 85 และ CT scan มี ร้อยละ 88 ในขณะที่การตรวจเลือดมีร้อยละ 79

### 4.การประเมิน second primary tumor

การตรวจพบ second primary tumor มีผลต่อการวางแผนการรักษา ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงการรักษา ร้อยละ 80

ใน Laryngeal cancer พบ second primary tumor ที่ปอดเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ hypopharyngeal cancer พบที่หลอดอาหาร ดังนั้นการตรวจหา second primary tumor อย่างน้อยจึงประกอบด้วย

- 1.Film chest x-ray or CT chest
- 2.Esophagoscope ใน hypopharyngeal cancer

ลักษณะของเซลล์ (Cell grading)

การตรวจทางพยาธิวิทยา ได้จัดแบ่งลำดับลักษณะของ cell มะเร็งเป็น grading ดังนี้

Grading 1 หมายถึง Well differentiated carcinoma สามารถแยกลักษณะได้ชัดเจน

Grading 2 หมายถึง Moderately differentiated carcinoma สามารถแยกลักษณะ cell ได้ดี

Grading 3 หมายถึง Poor differentiated carcinoma แยกลักษณะได้ไม่ดี

Grading 4 หมายถึง Undifferentiated carcinoma ไม่สามารถแยกลักษณะได้

### การรักษาโรคมะเร็งกล่องเสียง

การรักษาโรคมะเร็งกล่องเสียงมีด้วยกันหลายวิธีตามแนวทางดังนี้ ศัลยกรรม (Surgery)

รังสีรักษา (Radiation) และ เคมีบำบัด (Chemotherapy)

ถ้าเป็นระยะเริ่มแรก(ระยะที่1 และระยะที่ 2) จะให้การรักษาโดยการฉายรังสี หรือผ่าตัด วิธีใดวิธีหนึ่ง เพราะให้ผลการรักษาได้เท่าเทียมกัน แต่การฉายรังสีรักษา เป็นการให้รังสีกำลังสูง เพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง สามารถใช้รักษามะเร็งกล่องเสียงระยะแรกให้หายขาดได้ และสามารถรักษากกล่องเสียงไว้ได้ ทำให้ผู้ป่วยยังคงพูดได้ เป็นปกติ ส่วนการผ่าตัด มักจะตัดกล่องเสียงออกบางส่วนเท่านั้น หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะสามารถพูดและรับประทานอาหารได้ตามปกติ โดยอาจมีเสียงแหบเบา

ถ้าเป็นระยะลุกลาม (ระยะที่3 และระยะที่4 ซึ่งยังไม่มีมีการแพร่กระจายเข้าสู่กระแสโลหิต) จะใช้การรักษาพร้อมกันหลายวิธี เช่น การผ่าตัดเอากกล่องเสียงออกทั้งหมด รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองที่โต หรือที่อยู่ใกล้เคียง ร่วมกับการฉายรังสี บางรายอาจใช้เคมีบำบัดร่วมด้วย เพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง ซึ่งหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะพูดไม่ได้เป็นปกติ แต่ส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารได้ปกติ

การรักษาทางศัลยกรรม (Surgery) มี 2 วิธี คือ

1.Conservation Laryngectomy คือการผ่าตัดเอากกล่องเสียงออกไปบางส่วน เพื่อให้กล่องเสียงยังคงสามารถรักษาการทำงาน ได้แก่ การหายใจ การกลืน และการออกเสียงได้ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตปกติโดยไม่ต้องหายใจผ่านรูที่คอ (Tracheostoma) ในขณะเดียวกันยังสามารถรักษาผลลัพธ์ของมะเร็ง เท่ากับการผ่าตัดกล่องเสียงไปทั้งหมด ดังนั้นในการผ่าตัดจึงจำเป็นต้องคงเหลือ Criocarytenoid unit ไว้หนึ่งข้าง ซึ่งประกอบด้วย Arytenoid cartilage, Cricoid cartilage, Superior Laryngeal Nerve, Recurrent Laryngeal Nerve และกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานที่สำคัญของกล่องเสียงคือการป้องกันการสลัก (Aspiration) ขณะกลืน การเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการผ่าตัดเช่นนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้

-ปัจจัยจากรอยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่สามารถรับการรักษาโดยการผ่าตัดกล่องเสียงบางส่วนได้มักมักอยู่ในระยะ T1, T2 และ T3 ในบางกรณี มะเร็งไม่ได้ลุกลามไปยัง Thyroid Cartilage ไม่มี Arytenoid Fixation ไม่มีการลุกลามไปยังบริเวณ Interarytenoid มัมีการลุกลามไปยัง Cricoid Cartilage และไม่มีการลุกลามออกนอกบริเวณกล่องเสียง

-ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่อายุของผู้ป่วย มีการทำงานของปอดดี ไม่มีโรคปอดเรื้อรังเป็นต้น

สำหรับมะเร็งกล่องเสียงมีการผ่าตัดกล่องเสียงบางส่วนที่แตกต่างกันในแต่ละบริเวณที่เกิดโรค บริเวณ Glottis หากมีรอยโรคเพียงข้างเดียว สามารถทำ Vertical Laryngectomy แต่หากมีรอยโรคเส้นเสียงทั้งสองข้าง ทำ Supracricoid Laryngectomy ในขณะที่ รอยโรคบริเวณ Supraglottis ทำ Supraglottic Laryngectomy

2. Total Laryngectomy เป็นการรักษามาตรฐานในมะเร็งกล่องเสียงระยะลุกลาม กล่าวคือมะเร็งลุกลามทำลายส่วนโครงสร้างกระดูกอ่อนของกล่องเสียง และลุกลามออกนอกกล่องเสียงทำให้เส้นเสียงขยับไม่ได้ และอาจทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ (Airway Obstruction) นอกจากนี้ Total Laryngectomy ยังเป็นการรักษาหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีไปแล้ว แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Salvage Surgery) อีกด้วย

การผ่าตัด Total Laryngectomy ทำภายใต้การดมยาสลบ โดยผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายคอ ลงมีดเป็นรูปตัวยูบริเวณหน้าคอ ตัดกล่องเสียงออกไปทั้งหมด รวมทั้ง Strap Muscles ตั้งแต่ด้านบนระดับ Hyoid bone และ Epiglottis จนถึงด้านล่างคือ หลอดลมที่ปกติ แล้วเย็บซ่อม Pharynx ใหม่ (Neopharynx) นำ Trachea ที่ปกติเย็บกับชั้นผิวหนังสร้างเป็น Tracheostoma เป็นทางเดินหายใจแทน ในบางกรณีอาจมีความจำเป็นต้องตัดต่อมไทรอยด์ออกไปด้วยเช่นในกรณีที่มีมะเร็งลุกลามต่อมไทรอยด์เอง ลุกลาม Cricoid Cartilage มีการลุกลามของมะเร็งไปยัง Pretracheal lymph node

หลังการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดได้ และต้องหายใจทางรูเจาะคอ (Tracheostoma) อย่างถาวร และยังอาจทำให้การกลืนทำได้ลำบากขึ้นอาจจะต้องให้อาหารทางสายยางผ่านรูจมูก หรือใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องชั่วคราว รวมทั้งอาจมีภาวะเลือดออก การเกิดรูรั่วของทางเดินอาหารใหม่ การตีบตันของรูเจาะคอถาวร การสำลักอาหารเข้าสู่หลอดลมและปอด ทำให้ผู้ป่วยมีเสมหะและไอมาก จึงจำเป็นต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยดูแลรูเจาะคอ (Tracheostoma) และดูดเสมหะผ่านรูเจาะคอ

## รักษาด้วยรังสี

การใช้รังสีรักษาอาจใช้ลำพังอย่างเดียวหรือรวมกับการผ่าตัดต้องพิจารณาเป็นรายๆไป ถ้าฉายรังสีอย่างเดียวใช้ขนาด 60-70 Gray บางแห่งให้ก่อนผ่าตัดขนาด 40-5- Gray ใน 4-6 สัปดาห์ แล้วตามด้วยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออก (Total Laryngectomy)

### วิธีการรักษาด้วยการฉายรังสี

ผู้ป่วยจะถูกจัดตำแหน่งของศีรษะและลำคอ อาจใช้หน้ากากพลาสติกยึดบริเวณศีรษะและลำคอให้อยู่นิ่งกับที่ จากนั้นนักรังสีจะทำการฉายรังสีตามแผนการรักษาที่วางไว้ รังสีที่ให้แต่ละครั้งใช้เวลาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับเทคนิคที่ฉาย ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที แต่ใช้เวลาทั้งสิ้นตั้งแต่การจัดตำแหน่งจนเสร็จวันละประมาณ 20-30 นาที ทำการฉายรังสีสัปดาห์ละ 5 วัน ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 5-8 สัปดาห์ตามแต่ชนิดของโรคและแผนการรักษาของแพทย์

### การปฏิบัติตัวระหว่างรับการรักษาด้วยการฉายรังสี

#### การดูแลสุขภาพทั่วไป

- 1.การดื่มน้ำ อย่างน้อยควรดื่มวันละ 2,000 CC หรือ 2 ลิตร น้ำช่วยให้ร่างกายชุ่มชื้น และระบายความร้อน ออกจากร่างกาย หรืออาจเป็นเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยชอบก็ได้ เช่น น้ำผลไม้ น้ำหวาน
- 2.ควรรักษาความสะอาดของร่างกาย ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า เพราะผู้ป่วยที่รักษาด้วยรังสี อาจมีอาการอ่อนเพลีย และภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ ถ้าร่างกายสกปรกอาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย
- 3.การขยับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ถ้ามีอาการท้องผูกหรือท้องเสียให้แจ้งแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ เพื่อให้การดูแลรับคำแนะนำและรับการรักษา
- 4.การพักผ่อน ควรพักผ่อนให้เพียงพอ โดยการนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด นอนไม่หลับให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาล เพื่อวางแผนการดูแลรักษา
- 5.การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายตามกำลังและความสามารถของผู้ป่วยและทำอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น
- 6.ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย อ่อนเพลีย หรือมีความผิดปกติต่างๆ เช่น เบื่ออาหาร เจ็บปาก เจ็บคอกลืนลำบาก ผิวหนังอักเสบ ควรแจ้งแพทย์ พยาบาล ให้ทราบโดยเร็ว เพื่อวางแผนการรักษา
- 7.ควรทำจิตใจให้สบาย หางานอดิเรกทำ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูทีวี หรือหากิจกรรมอื่นๆ

8.ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพขณะรับ การฉายรังสี

9.ควรหลีกเลี่ยงแห่งชุมชน หรือที่มีผู้คนอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมาก เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค ต่างๆได้ง่าย ทั้งจากการสัมผัส อากาศ อาหาร และน้ำดื่ม

การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี

1.ควรดูแลบริเวณที่ฉายรังสีให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ

2.ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ ควรใช้วิธีการอาบน้ำด้วยการใช้ขันตักอาบ เพื่อหลีกเลี่ยงน้ำเข้าบริเวณที่ใส่ ท่อหลอดลมคอ และหลีกเลี่ยงการใช้สบู่ แป้ง เพราะแป้งฝุ่นอาจมีส่วนผสมของโลหะหนัก ทำให้ระคายเคือง ผิวคล้ำมากขึ้น และหลังการอาบน้ำแล้วควรใช้ผ้าเช็ดตัวซับเบาๆให้แห้งแทนการเช็ดตัวปกติ

3.หลีกเลี่ยงการวางประเป้าน้ำร้อน หรือประคบน้ำแข็งบริเวณที่ฉายรังสี และควรหลีกเลี่ยงการถูก แสงแดดจัดๆเป็นเวลานานหรือการสัมผัสบริเวณที่ฉายรังสีโดยตรงกับความร้อนหรือความเย็น เพราะจะทำให้ เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังได้

4.ควรใช้ผลิตภัณฑ์บำรุงผิว หรือยาทาผิวหนังบริเวณฉายรังสีให้อยู่ภายใต้การดูแล และรับคำแนะนำ จากแพทย์เจ้าของไข้

5.ควรสวมเสื้อผ้าหลวมๆ เนื้อผ้านุ่ม เบาสบาย ระบายอากาศได้ดี หรือผลิตมาจากเส้นใยธรรมชาติ เพื่อลดการเสียดสีบริเวณผิวหนังที่ได้รับการฉายรังสี

6.ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณลำคอ ผิวหนังอาจมีสีแดง แห้งตึง เกิดอาการคัน ตุ่มคัน และตก สะเก็ด หรือเป็นแผล ควรหลีกเลี่ยงการเกา ถู เพราะจะเกิดการอักเสบที่ผิวหนังและอาจติดเชื้อได้

7.ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายด้วยการว่ายน้ำ หรือลงเล่นน้ำใน สระว่ายน้ำ เนื่องจากน้ำอาจเข้าบริเวณที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้

การปฏิบัติตัวภายหลังรับการฉายรังสีรักษา

ผู้ป่วยควรปฏิบัติตัวเหมือนกับระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสีต่อไปอีก ประมาณ 1 เดือน ในกรณีที่ มีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้สูง มีเลือดออกผิดปกติ ท้องเสียรุนแรงหรือเรื้อรัง คลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรง คลำ พบก้อนที่คอเกิดขึ้นใหม่ในตำแหน่งเดิมหรือตำแหน่งเดิม ให้กลับมาพบแพทย์ก่อนนัด หากไม่พบอาการ ผิดปกติใด ควรปฏิบัติตัวตามคำแนะนำและกลับมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามอาการหลังครบการรักษา

## การรักษาด้วยเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดคือการให้ยาที่มีความสามารถในการทำลายเซลล์มะเร็งได้สูงโดยยาจะไปทำลายดีเอ็นเอของเซลล์มะเร็งและหยุดการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนการใช้ยาเคมีบำบัดอาจใช้เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งก่อนการผ่าตัดหรือฉายรังสีหรือให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาเพื่อให้รักษาด้วยรังสีรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

ยาเคมีบำบัดยังสามารถใช้ในการรักษามะเร็งกล่องเสียงในผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงระยะแพร่กระจายหรือเมื่อมะเร็งกลับเป็นซ้ำอีกครั้งในสถานการณเช่นนี้จะช่วยบรรเทาอาการให้ผู้ป่วยและอาจช่วยชะลอการจะเติบโตของเซลล์มะเร็ง

ยาเคมีบำบัดมดให้กับผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำหนึ่งครั้งทุก 3-4 สัปดาห์เป็นเวลาานถึง 6 เดือนผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2-3 วันระหว่างการการรักษาในแต่ละครั้งหรือผู้ป่วยอาจเข้ามาพบแพทย์เพื่อรับยาในช่วงเวลาสั้นๆ

ยาเคมีบำบัดยังทำลายเซลล์ปกติในร่างกายได้เช่นเดียวกับทำลายเซลล์มะเร็งทำให้เกิดผลข้างเคียงหลายประการโดยผลข้างเคียงที่พบบ่อยคืออาการคลื่นไส้อาเจียนผมร่วงเบื่ออาหารท้องเสียแผลในปากเจ็บปากอ่อนเพลีย เป็นต้น ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาได้แก่ Methotrexate ,5-FU,Cisplatinum

### การติดตามผลหลังการรักษา (Follow up) (สมจินต์ จินดาวิจักษณ์ และคณะ 2557)

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะหายจากโรค แต่สำหรับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม (ขั้นที่ 3 และ 4) มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ หรืออาจมีการลุกลามไปยังปอด ตับ ได้ ผู้ป่วยทุกรายจึงจำเป็นต้องมาพบแพทย์ตามนัดเป็นระยะ เพื่อได้รับการตรวจร่างกาย และ เอกซเรย์ปอด โดยรับการตรวจติดตามอย่างน้อยเป็นเวลา 5 ปี หลังการผ่าตัดรักษามะเร็งกล่องเสียง เมื่อรักษาครบสมบูรณ์ตามที่ได้อวางแผนไว้ ซึ่งจะเห็นได้จาก ระยะการนัด ดังนี้

ปีแรก            นัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามทุก 1-3 เดือน

ปีที่สอง        นัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามทุก 2-4 เดือน

ปีสาม-ห้า      นัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามทุก 4-6 เดือน

หลังจากนั้น    นัดผู้ป่วยมาตรวจทุก 6-12 เดือน

การตรวจที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยหลังการรักษา

1.การตรวจร่างกายเพื่อดู Residual tumor หรือ Tumor recurrence

2.ตรวจดูอาการแสดงของผลแทรกซ้อนจากการรักษา เพื่อให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหรือแก้ไข รักษาผลแทรกซ้อนนั้นๆ

3.ตรวจเอกซเรย์ปอดปีละ 1 ครั้ง

4.ตรวจ LFT (Liver function test) ทุก 6 เดือน – 1 ปี

5.Thyroid function test เนื่องจากผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด Laryngectomy มีการตัดต่อมไทรอยด์หรือแม้แต่การฉายรังสีรักษาในบริเวณนี้ก็มักมีโอกาสทำให้เกิดการทำงานของไทรอยด์ผิดปกติได้ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการติดตามการทำงานของไทรอยด์ด้วยเสมอ โดยเริ่มตรวจค้นหาหลังครบการรักษาแล้ว 6 เดือน

### ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น

ภาวะที่มีการตีบแคบหรืออุดตันในทางเดินหายใจส่วนต้น ได้แก่ โพรงจมูก คอหอย กล่องเสียง หลอดลมส่วนต้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก และหากรุนแรงอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

สาเหตุของ Upper Airway Obstruction ในผู้ป่วยมะเร็ง

1.มะเร็งลุกลามไปยังโครงสร้างทางเดินหายใจ เช่น ก้อนมะเร็งที่กล่องเสียงหรือคอหอยอุดกั้นช่องทางเดินหายใจโดยตรง

2.การบวมจากการอักเสบหรือการฉายรังสี (Radiation-induced edema) การรักษาด้วยรังสีสามารถทำให้เนื้อเยื่อบริเวณทางเดินหายใจบวมขึ้นชั่วคราวจนเกิดการตีบแคบ

3.ภาวะเลือดออกหรือเนื้องอกตายจากก้อนมะเร็ง อาจเกิดก้อนเลือดหรือเศษเนื้อไปอุดตันทางเดินหายใจ

4.การติดเชื้อแทรกซ้อน เช่น ฝีรอบก้อนมะเร็งหรือติดเชื้อในหลอดลม/ปอด ทำให้เกิดบวมและการอุดกั้น

5.การกดทับจากต่อมน้ำเหลืองโต (Lymphadenopathy) มะเร็งบางชนิด เช่น lymphoma อาจทำให้ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโตจนกดหลอดลม

6.ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงร่วม (เช่น มะเร็งระบบประสาท) อาจทำให้กล้ามเนื้อในลำคอหย่อนตัวลง และทางเดินหายใจแคบลงขณะนอนหลับหรือพูด

## อาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น (Upper Airway Obstruction )

- 1.เสียงดังแบบ stridor
- 2.หายใจลำบาก โดยเฉพาะเวลานอนราบ
- 3.ไอ เสียงแหบ พูดไม่ได้
- 4.มีอาการเหนื่อยง่าย หรือเขียวปลายมือปลายเท้า
- 5.กลืนลำบาก อาจมีน้ำลายไหล

### การเจาะคอ (Tracheostomy)(ปารยะ อาศนะเสน,2559)

การเจาะคอ เป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการควบคุมทางเดินหายใจ นอกเหนือจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งการควบคุมทางเดินหายใจแต่ละวิธีก็มีข้อดีและข้อจำกัด แพทย์จะตัดสินใจเลือกวิธีควบคุมทางเดินหายใจที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเวลาฉุกเฉิน เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย

การเจาะคอ หมายถึง การสร้างทางติดต่อระหว่างหลอดลมกับ ผิวหนังบริเวณด้านหน้าของลำคอ ทำให้อากาศสามารถผ่านเข้าสู่ปอด โดยไม่ต้องผ่านช่องจมูก และลำคอส่วนบนโดยมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

1. เพื่อบรรเทาการอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งกล่องเสียง หรือท่อลมตีบ, ผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดรุนแรง ซึ่งทำให้อากาศไม่สามารถผ่านจากจมูกไปสู่ปอดได้
2. เพื่อให้ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานได้โดยไม่มีผลข้างเคียงของการที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน
3. เพื่อสามารถดูดเสมหะในท่อลมและหลอดลมได้ดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่รู้สติ, ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในปอด หรือผู้ป่วยที่มีเสมหะคั่งมากๆที่ไม่สามารถไอออกมาได้ดี
4. เพื่อช่วยปกป้องทางเดินหายใจส่วนล่าง ในผู้ป่วยที่มีการสำลักเลือด, เสมหะ หรือสิ่งอาเจียน หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถไอได้ เช่น ผู้ป่วยอัมพาต หรือ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สติ

### เทคนิคการเจาะคอ

การเจาะคอสามารถทำได้ในกรณีฉุกเฉิน หรือ ไม่ฉุกเฉิน ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ และสภาวะของผู้ป่วย ในกรณีฉุกเฉิน สามารถทำได้ที่ข้างเตียงของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การเจาะคอ ควรทำในห้องผ่าตัดที่มีอุปกรณ์พร้อม เช่น เตียงผ่าตัด, เครื่องมือดูดเลือด, เครื่องมือจีไฟฟ้า, แสงไฟที่เพียงพอและเหมาะสม และ มีผู้ช่วยที่มีความชำนาญ เพื่อลดอุบัติเหตุของภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการนี้

1. วิธีระงับความรู้สึก การเจาะคอทำได้โดยการฉีดยาชา หรือดมยาสลบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะของผู้ป่วย รายที่ผ่าตัดโดยวิธีดมยาสลบ ควรให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารก่อนเจาะคออย่างน้อย 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักอาหารลงปอด เวลาดมยาสลบ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก มักจำเป็นต้องทำด้วยวิธีดมยาสลบ โดยอาศัยความร่วมมือจากวิสัญญีแพทย์ เพื่อให้การควบคุมทางเดินหายใจปลอดภัยทั้งก่อน ขณะ และ หลังการเจาะคอ ผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาทางเดินหายใจอุดกั้นฉุกเฉิน ที่มีข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ อาจจำเป็นต้องเจาะคอ โดยใช้ยาชาเฉพาะที่ วิสัญญีแพทย์ควรร่วมดูแลผู้ป่วยในขณะที่เจาะคอด้วยทุกครั้ง

2. การจัดทำผู้ป่วย ท่าของผู้ป่วยที่เหมาะสมในการเจาะคอ คือท่านอนหงาย และ เอนคอไปทางด้านหลัง โดยวางหมอนทรายไว้ใต้ไหล่ของผู้ป่วย เพื่อให้ส่วนของหลอดลมบริเวณลำคอ เห็นได้ชัดและง่ายต่อการเจาะคอ อย่างไรก็ดี ในบางกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางเดินหายใจอุดกั้นฉุกเฉิน อาจไม่สามารถนอนราบในท่าแหงนคอได้ อาจจำเป็นต้องเจาะคอในท่านั่งหรือ ท่านอนยกศีรษะสูง

### การเลือกท่อหลอดลมคอ (tracheostomy tube)

การเลือกท่อหลอดลมคอ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยนั้น ต้องพิจารณาถึง อายุผู้ป่วย, ขนาดของหลอดลมคอของผู้ป่วย, วัสดุที่ใช้ทำท่อหลอดลมคอ (พลาสติก, โลหะเงิน, โลหะผสม, ซิลิโคน) รวมทั้งชนิดของท่อว่าเป็นแบบมีถุงลม (cuff) หรือ ไม่มีถุงลม (non cuff) การเลือกขนาดของท่อหลอดลมคอที่พอเหมาะกับขนาดของหลอดลมคอของผู้ป่วย (รูปที่ 2) จะช่วยป้องกันอันตรายต่อเยื่อหุ้มหลอดลมคอ ในผู้ป่วยเด็กที่ใช้ท่อหลอดลมคอขนาดเล็ก ต้องระวังปัญหาเรื่องการอุดกั้นของท่อจากเสมหะ ซึ่งเกิดได้โดยง่าย การดูแลท่อที่ถูกต้อง และเหมาะสม เช่น การดูดเสมหะ ไม่ให้ท่อตัน การให้น้ำ และความชื้นที่พอเพียง เป็นสิ่งสำคัญ ในผู้ป่วยเด็ก เนื้อเยื่อที่อ่อนบาง และหน้าบริเวณคอด้านหน้าของเด็ก ทำให้มีโอกาสที่ท่อจะหลุด และเคลื่อนตัวได้สูง การเลือกท่อหลอดลมคอ ที่ทำจากวัสดุอ่อนนุ่ม ยืด หรือบิดตัวได้ รวมทั้งการเย็บปีกของท่อหลอดลมคอติดกับผิวหนัง และเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณรอบ ๆ รูเจาะคอจะช่วยลดปัญหานี้ได้

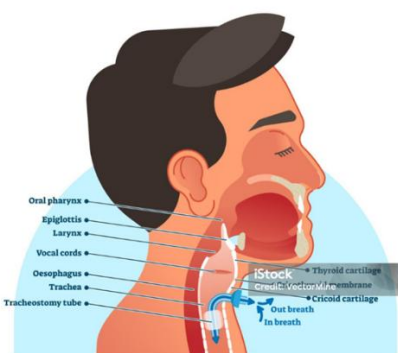
การใช้ท่อหลอดลมคอที่มีถุงลม นั้นมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ เครื่องช่วยหายใจ ช่วยลดปัญหาการสำลัก เช่นสามารถป้องกันเลือดที่อาจซึมจากขอบแผลเจาะคอลลงไปในหลอดลมคอหลังผ่าตัดใหม่ ๆ การคาถุลงมไว้ ตลอดเวลา อาจทำให้เกิดแรงกดบนหลอดลมคอ และเกิดปัญหาการตีบแคบของกล่องเสียงและหลอดลมคอ (laryngotracheal stenosis) , ผนังหลอดลมคออ่อนตัว (tracheomalacia), ทางเชื่อมต่อระหว่างหลอดลมคอ และหลอดอาหาร (tracheoesophageal fistula) ตามมาได้ ดังนั้น เมื่อหมดข้อบ่งชี้ของการใช้ถุงลม แล้ว ต้องเอาลมออกจากถุงลมหรือ เปลี่ยนเป็นท่อหลอดลมคอชนิดไม่มีถุงลม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้

ท่อหลอดลมคอบางชนิดมีขนาดใหญ่เพียงพอที่จะมีท่อ 2 ชั้น คือ ท่อหลอดลมคอชั้นนอก (outer cannula) และชั้นใน (inner cannula) (รูปที่ 2) ทำให้สามารถถอดท่อชั้นในออก เพื่อล้างทำความสะอาดได้

ทำให้ง่ายต่อการดูแลรักษา และลดโอกาสเกิดการอุดตันของท่อจากเสมหะ ท่อหลอดลมคอที่ใช้ในเด็กเล็ก ถูกจำกัดด้วยขนาด ทำให้ไม่สามารถมีท่อชั้นในได้ ดังนั้นวัสดุที่ใช้ทำท่อต้องมีความพิเศษ ไม่ถูกจับเกาะด้วยเสมหะที่เหนียวข้นหรือ แห้งได้โดยง่าย

ขนาดความยาวของท่อหลอดลมคอ เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน ท่อที่มีขนาดยาวเกินไป อาจก่อให้เกิดปัญหา ทำให้ปลายท่อเข้าไปในหลอดลมข้างเดียว ในทางกลับกัน ท่อที่มีขนาดสั้นเกินไปก็มีโอกาสที่จะเลื่อนหลุดจากหลอดลมคอได้โดยง่าย ดังนั้นหลังการเจาะคอทุกครั้ง แพทย์จะตรวจสอบว่าท่ออยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมหรือไม่ ด้วยการฟังเสียงผู้ป่วยหายใจ ในท่าที่ผู้ป่วยนอนหงาย และหนุนหมอนที่ศีรษะโดยเอาหมอนที่หนุนไว้ที่ไหล่ผู้ป่วยออกจนหมดแล้ว ว่าปกติดีและเท่ากันทั้งสองข้างหรือไม่ นอกจากนั้น แพทย์จะถ่ายภาพเอ็กซเรย์ปอด หลังเจาะคอทันที เพื่อยืนยันตำแหน่งของปลายท่อ และดูว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะคอด้วยหรือไม่

ท่อหลอดลมคอ ชนิดที่ถูกออกแบบให้มีรูบริเวณส่วนโค้งด้านบนของท่อ (fenestrated tracheostomy tube) (รูปที่ 3) มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปล่งเสียงได้ โดยใช้นิ้วมือปิดท่อในขณะหายใจออก ลมหายใจออกจากหลอดลมก็จะผ่านท่อไปยังรูเปิดทางด้านบนสู่กล่องเสียงออกไปยังลำคอ ผู้ป่วยก็จะสามารถเปล่งเสียงได้ เช่นผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (obstructive sleep apnea) ที่ได้รับการรักษาด้วยการเจาะคอ ผู้ป่วยมีการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบนเฉพาะเวลานอนหลับเท่านั้น ในขณะที่ผู้ป่วยตื่น สามารถใช้ท่อหลอดลมคอ ชนิดที่มีรูบริเวณส่วนโค้งด้านบนของท่อได้ โดยปิดท่อไว้ให้ผู้ป่วยหายใจได้ตามปกติ ผ่านรูทางด้านบนของท่อ ทำให้ผู้ป่วยสามารถออกเสียงสื่อสารกับผู้อื่นได้และใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เมื่อเข้านอนจึงเปิดท่อที่ปิดไว้ ออกให้หายใจเข้า ออกทางท่อหลอดลมคอ



TRACHEOSTOMY

รูปที่1



รูปที่ 2



รูปที่3

ภาพที่6 ภาพแสดงชนิดของท่อหลอดลมคอ

ทางเลือกในการควบคุมทางเดินหายใจ นอกเหนือจากการเจาะคอ

1. การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก หรือ ทางจมูก เป็นวิธีที่สามารถทำได้รวดเร็ว เพื่อควบคุมทางเดินหายใจของผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน โดยเลือกท่อที่มีขนาดเหมาะสม และทำจากวัสดุที่เฉื่อย ไม่ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อโดยรอบ รวมทั้งไม่ให้ท่อมีการเคลื่อนตัวไปมามากนัก เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เวลาที่เหมาะสมสำหรับการเปลี่ยนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นการเจาะคอยังเป็นที่ถกเถียงกัน และควรพิจารณาเป็นรายๆไป ซึ่งขึ้นกับหลายปัจจัยได้แก่ ระยะเวลาของการใส่ท่อช่วยหายใจที่ผ่านมา, โรคประจำตัวของผู้ป่วย และ อาการ และความพร้อมของผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้ว เมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องคาท่อช่วยหายใจด้วยข้อบ่งชี้ใดก็ตามเป็นเวลามากกว่า 2 หรือ 3 สัปดาห์ ควรที่จะได้รับการเจาะคอ

2. การเจาะเยื่อบางๆระหว่างกระดูก cricoid และกระดูก thyroid (cricothyroidotomy) เป็นหัตถการที่สามารถควบคุมทางเดินหายใจส่วนต้นได้ในเวลารวดเร็ว เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ในกรณีที่ไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ และไม่พร้อมที่จะเจาะคอ เนื่องจากมีเวลาจำกัด และ/หรืออยู่ในสถานที่ที่ไม่มีความพร้อมของเครื่องมือ เนื่องจากรอยต่อระหว่างกระดูก cricoid และกระดูก thyroid เป็นเยื่อบางๆ (รูปที่ 1) ที่ไม่ค่อยมีเส้นเลือดมาเลี้ยง และอยู่ตื้น ใกล้ผิวหนัง การใช้เข็มขนาดใหญ่ หรือใช้มีดกรีดในตำแหน่งนี้สามารถเข้าสู่หลอดลมได้อย่างรวดเร็ว เพื่อควบคุมทางเดินหายใจ อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ปลอดภัยแล้ว ควรเปลี่ยนเป็นการเจาะคอ ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วยได้ง่าย และป้องกันปัญหาการกลืนเสียง และหลอดลมคอมีการตีบแคบ

**ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด(ปารยะ อาศนะเสน,2559)**

โดยทั่วไปแล้วอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะเจาะคอแบบไม่เร่งด่วนนั้นน้อยมาก ถ้าแพทย์ชำนาญและมีประสบการณ์ กรณีที่จำเป็นต้องเจาะคอแบบเร่งด่วน และอยู่ในสถานที่ที่ไม่มีความพร้อมของเครื่องมือ และแสงไฟ ก็อาจทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะคอได้ คือ

1. เลือดออก อาจจะออกได้จากการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดบริเวณคอ หรือ เส้นเลือดที่มาเลี้ยงต่อมไทรอยด์

2. ลมรั่วเข้าเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax), ช่องอก (pneumomediastinum), มีลมรั่วมาอยู่ใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) การอัดวัสดุห้ามเลือดแน่นจนเกินไปที่แผล และการเย็บขอบแผลรอบรูของหลอดลมคอ แน่นจนเกินไป อาจทำให้ลมหายใจออกรั่วไปรอบ รูดังกล่าว และเขาไปตามเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณคอด้านหน้า เกิดมีลมรั่วมาอยู่ใต้ผิวหนังได้ ในกรณีที่มีการผ่าตัดเลาะบริเวณ หน้าหลอดลมคอ

เป็นบริเวณกว้าง ก็อาจทำให้ลมที่รั่วออกมา เซาะเข้าไปในช่องอก ในผู้ป่วยเด็ก เยื่อหุ้มปอดอาจจะลอยสูงขึ้น มาบริเวณที่เจาะคอได้ การฉีกขาดของเยื่อหุ้มปอด ทำให้เกิดปัญหาลมรั่วเข้าเยื่อหุ้มปอดตามมาได้

3. การที่ไม่สามารถเจาะคอได้สำเร็จ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินหายใจอุดกั้นฉุกเฉิน และมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการเจาะคออย่างเร่งด่วนโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ จะกระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง หลอดลมคอจะมีการเคลื่อนไหวขึ้น ลงตลอดเวลา ตามจังหวะการหายใจที่แรงและเร็ว อาจทำให้การเจาะคอสำเร็จได้ยาก ประกอบกับแรงกดเบียดจากเครื่องมือลงไปบนลำคอผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น การควบคุมทางเดินหายใจของผู้ป่วยในกรณีเช่นนี้ อาจทำได้ไม่ง่าย ในเวลาอันจำกัด และผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้

4. ท่อหลอดลมคอหลุด และท่อหลอดลมคอไม่อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ผิวหนังและเนื้อเยื่อไขมัน บริเวณลำคอของผู้ป่วยที่หนา, การเคลื่อนไหวของศีรษะไปมา, ท่อที่มีขนาดสั้นเกินไป และการผูกสายรัดท่อหลอดลมคอที่ไม่แน่นพอ จะทำให้เกิดการเลื่อนหลุดของท่อจากหลอดลมได้ ซึ่งอาจมีอันตรายถึงชีวิต ท่อที่มีขนาดยาวเกินไป เมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่าก้มศีรษะ หลอดลมมีการหย่อนตัวเต็มที่ ปลายของท่ออาจอยู่ในหลอดลมข้างเดียวได้

5. ทางเชื่อมต่อระหว่างหลอดลมคอ และหลอดอาหาร การลงมีดบนหลอดลมคอ ที่ขาดความระมัดระวัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งมีขนาดของหลอดลมคอ เล็กมาก ๆ อาจเกิดการบาดเจ็บต่อผนังหลอดลมคอด้านหลัง และทะลุไปยังหลอดอาหารได้

6. ภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) การบรรเทาปัญหาทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยการเจาะคอ อาจทำให้ความดันภายในหลอดลมที่เคยสูงอยู่เป็นระยะเวลานาน ลดลงอย่างรวดเร็ว และมีการรั่วของของเหลวจากเส้นเลือด ผ่านผนังของถุงลมในปอด เข้ามาในหลอดลมจนเกิดน้ำท่วมปอดได้

### การดูแลหลังผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง

1. การถ่ายภาพเอ็กซเรย์ปอด เพื่อดูตำแหน่งของปลายท่อ และดูว่ามีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดจากการเจาะคอ เช่น ลมรั่วเข้าเยื่อหุ้มปอดหรือไม่

2. การให้ความชื้นที่เพียงพอ อากาศที่หายใจผ่านท่อเจาะคอ จะแห้ง ขาดความชุ่มชื้น ขาดการปรับอุณหภูมิ และขาดการกรองดักฝุ่นละออง โดยโพรงจมูก การให้อากาศที่ชื้นผ่านทางรูเจาะคอจะช่วยป้องกันไม่ให้เยื่อบุหลอดลมคอแห้ง เกิดสะเก็ด และเสมหะเหนียว และแห้งมาอุดตันท่อหลอดลมคอ

3. การดูดเสมหะที่เพียงพอ อากาศที่แห้ง รวมทั้งการระคายเคืองเยื่อบุหลอดลมคอ เนื่องจาก ท่อหลอดลมคอ ทำให้ปริมาณของเสมหะเพิ่มขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยที่มีท่อหลอดลมคอไม่สามารถไอขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดูดเสมหะที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น นอกจากนั้นควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอบ่อยๆ

4. การป้องกันการติดเชื้อ หลังการเจาะคอ หลอดลมจะมีทางติดต่อกับอากาศภายนอกโดยตรง โดยไม่มีสิ่งใดป้องกัน เสมหะที่เกิดในทางเดินหายใจก็สามารถปนเปื้อนไปที่แผลเจาะคอได้โดยตรง การใช้เทคนิคปลอดเชื้อ และเครื่องมือในการดูแลเสมหะ, การป้องกันสิ่งแปลกปลอมจากภายนอกเข้าไปในหลอดลมโดยตรง และการดูแลทำความสะอาดบริเวณแผลเจาะคอ และเปลี่ยนผ้าก๊อซทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1- 2 ครั้ง หรือเมื่อเปียกและ จะช่วยป้องกันการติดเชื้อบริเวณรอบแผลเจาะคอและในหลอดลมได้เป็นอย่างดี

5. การทำให้ทางเดินหายใจกว้างอยู่ตลอดเวลา ในช่วง 48-72 ชั่วโมงแรก หลังการเจาะคอ ถือว่าเป็นช่วงเวลาที่ยังอันตราย เนื่องจากยังไม่มีโครงสร้างทางเชื่อมระหว่างท่อหลอดลมคอและ ผิวหนังบริเวณลำคออย่างชัดเจน จึงไม่แนะนำให้เปลี่ยนท่อหลอดลมคอในช่วงเวลานี้ เพราะอาจเป็นอันตรายได้ และเพื่อป้องกันท่อหลุดตันจากเสมหะ ท่อ 2 ชั้นที่มีทั้งท่อหลอดลมคอชั้นนอก และชั้นใน ควรล้างท่อหลอดลมคอชั้นใน ทุกๆ 4-6 ชั่วโมง และทุกครั้ง ที่ผู้ป่วยรู้สึกหายใจไม่สะดวก

6. การเอาลมออกจากถุงลม (deflating the cuff) และการเอาท่อหลอดลมค้อออก เมื่อหมดข้อบ่งชี้ของการใช้ถุงลมแล้ว ต้องเอาลมออกจากถุงลม หรือ เปลี่ยนเป็นท่อหลอดลมคอชนิดไม่มีถุงลม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น เช่น หลังเจาะคอใหม่ๆ อาจจำเป็นต้องใช้ท่อหลอดลมคอชนิดพลาสติกซึ่งมีถุงลมอยู่ด้านข้าง เพื่อยึดให้ท่ออยู่กับที่ ประมาณ 24 ชั่วโมงหลังจากนั้น ควรเอาลมในถุงลมที่ติดกับท่อออก และประมาณ 72 ชั่วโมงหลังเจาะคอ ควรเปลี่ยนเป็นท่อซึ่งไม่มีถุงลม ซึ่งมีทั้งชนิดพลาสติกและโลหะ เนื่องจากจะล้างและทำความสะอาดได้ง่ายกว่า

เมื่อผู้ป่วยหมดข้อบ่งชี้ของการใช้ท่อหลอดลมคอแล้ว ควรพิจารณาเอาท่อออก โดยทั่วไป ถ้าเป็นไปได้ ก่อนเอาท่อออก ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจประเมินทางเดินหายใจก่อน ว่าพร้อมที่จะเอาท่อออกได้โดยปลอดภัยหรือไม่ จากนั้นจึงเปลี่ยนเป็นท่อหลอดลมคอที่มีขนาดเล็กลง ถ้าผู้ป่วยยังสามารถหายใจได้ดี ก็ทำการปิดท่อ แล้วเฝ้าดูอาการ ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถปิดท่อได้ข้ามคืนโดยไม่มีปัญหา ผู้ป่วยจะมีโอกาสสูงที่จะเอาท่อออกได้สำเร็จ

#### ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด(ปารยะ อาศนะเสน,2559)

1. เลือดออก อาจเกิดขึ้นได้หลังการเจาะคอ เป็นวันหรือเดือน เลือดที่ออกจากทางเชื่อมต่อระหว่างท่อหลอดลมคอ และเส้นเลือดใหญ่ (tracheo-innominate artery fistula) อาจรุนแรงและถึงแก่ชีวิตได้ ตำแหน่งที่มักเกิดทางเชื่อมต่อดังกล่าวได้ คือบริเวณถุงลม และ ปลายท่อ ซึ่งมีการกดเบียดด้านหน้าของหลอดลมคอ เป็นเวลานาน จนเกิดเนื้อเยื่อตาย และทะลุไปทางด้านหน้า ติดต่อยังเส้นเลือดใหญ่ โดยเริ่มต้นมักจะมีเลือดออกปริมาณไม่มากนักมาก่อน จากนั้นก็จะตามมาด้วยเลือดออกปริมาณมาก และ รุนแรง จนผู้ป่วยช็อคได้

2. ลมรั่วเข้าเยื่อหุ้มปอด, ช่องอก, มีลมรั่วมาอยู่ใต้ผิวหนัง

3. รอยโรคที่กล่องเสียง และหลอดลมคอ การกดทับเยื่อบุหลอดลมคอจากถุงลม เป็นระยะเวลา นานๆ, การระคายเคืองเยื่อบุหลอดลมคอจากปลายท่อ, ระยะเวลาที่คาท่อไว้, ชนิดวัสดุที่ใช้ทำท่อ และขนาด ของท่อ, การติดเชื้อ และการตัดกระดูกอ่อนออกมากเกินไป มีผลทำให้เกิดรอยโรคได้ตั้งแต่ แผลที่เยื่อบุ, เนื้อเยื่อการอักเสบเหนือรูเจาะคอ (suprastomal granuloma), กระดูกอ่อนอักเสบ, ผนังหลอดลมคออ่อนตัว จนถึง กล่องเสียง และหลอดลมคอมีการตีบแคบ (laryngotracheal stenosis)

4. ท่อหลอดลมคออุดตัน

5. ปัญหาการสำลัก

6. แผลติดเชื้อ

7. ทางเชื่อมต่อระหว่างหลอดลมคอ และผิวหนังบริเวณด้านหน้าคอ (tracheocutaneous fistula) ในกรณีที่ผู้ป่วยเอาท่อหลอดลมคอออก หลังจากใส่ท่อเป็นระยะเวลานาน อาจมีทางเชื่อมต่อดังกล่าวได้

### บทที่ 3

#### การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

ในการศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาก้อนเสียงออกทั้งหมด ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon) การวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลของรอยด์ (Roy's Adaptation Theory) รวมถึงองค์ความรู้ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพยาบาล ดังนี้

**กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon) (Gordon,1994 (อรันันท์ หาญยุทธ, 2565)**

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอรี กอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ๆ ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายในบางแบบแผน เช่น แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่าง ๆ ในเลือดโดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการแล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต จิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception and Management pattern)

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional and Metabolic pattern)

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination and Excretion pattern)

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise pattern)

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest pattern)

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive and Perceptual pattern)

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเอง และ อัตมโนทัศน์ (Self-perception/Self-concept Emotional status pattern)

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and Relationship pattern)

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproductive pattern)

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด (Coping-Stress tolerance pattern)

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ (Value and Belief pattern)

**แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and Management pattern)**

การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการหรือการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้ที่ตนเองรับผิดชอบ โดยครอบคลุม เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรค และความเจ็บป่วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บำบัดเสี่ยง หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมให้มี ภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการมีภาวะสุขภาพดี ดังนั้นแบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพจึง ประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ เป็นความเข้าใจหรือการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และมีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพ หรือการรักษาอย่างไร

2. การดูแลสุขภาพของตนเอง และของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทั้งนี้ สามารถประเมินได้จากการที่บุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่ เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การติด สารเสพติด การขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังประเมินได้จากความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การมีพฤติกรรมไปตรวจสุขภาพประจำปี การสนใจติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอนามัยสม่ำเสมอ เป็นต้น

สำหรับการดูแลสุขภาพของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ได้แก่ การดูแลพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ชราภาพช่วยตัวเอง ไม่ได้ หรือพ่อแม่ที่ดูแลบุตรที่ยังอยู่ในวัยทารกหรือเด็กเล็ก ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายเช่นกัน เช่น การพาลูกไปรับวัคซีนครบตาม กำหนดเวลา การพาบิดามารดาไปตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลบุตรหรือบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วย การดูแลความ ปลอดภัยให้กับผู้ที่ตนรับผิดชอบ

## แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional and Metabolic pattern)

โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบริโภคนิสัย การได้รับสารอาหารและน้ำ ปัญหาในการรับประทานอาหารและน้ำ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของร่างกาย การเผาผลาญสารอาหาร การ ควบคุมน้ำและ Electrolyte ในร่างกาย สภาพของผิวหนัง บาดแผล ผม ปาก คอ ฟัน เยื่อหูต่าง ๆ อุณหภูมิของ ร่างกาย และระบบภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการ รับประทานอาหาร การใช้สารอาหารและน้ำ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหารจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 7 แบบแผน คือ

1. อาหารและภาวะโภชนาการ
2. การเผาผลาญสารอาหาร
3. น้ำและ Electrolyte
- 4) อุณหภูมิของร่างกาย
5. การเจริญเติบโตและพัฒนาการ
6. ผิวหนังและเยื่อหู
7. ภูมิคุ้มกันโรค

## แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination and Excretion pattern)

การขับถ่ายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ได้แก่ การ ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ สารอื่นๆ ที่ขับออกจากร่างกาย ตลอดจนปัญหาการขับถ่าย เช่น ลักษณะ ความถี่ ความลำบากในการขับถ่าย ปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย การใช้ยาระบาย นอกจากนี้ยัง รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการขับถ่าย และการเปลี่ยนแปลง ของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนการขับถ่ายส่วนใหญ่ประกอบด้วย แบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1. การขับถ่ายอุจจาระ

2. การขับถ่ายปัสสาวะ

#### แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise pattern)

กิจกรรมและการออกกำลังกายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) กิจกรรมในการทำงานอาชีพ การออกกำลังกาย และปัญหาในการ ออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างและนันทนาการ การทำงานของระบบหายใจ ระบบหัวใจ และไหลเวียนโลหิต ระบบ โครงสร้างของร่างกาย เช่น กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการ ปฏิบัติ กิจกรรม และการออกกำลังกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบ แผนกิจกรรมและการออกกำลังกายจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อยได้ 4 แบบแผน คือ

1. การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกาย

2. การทำงานของโครงสร้าง (กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ)

3. การทำงานของระบบหัวใจ

4. การทำงานของระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต

#### แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest pattern)

การพักผ่อนนอนหลับเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับ การพักผ่อน ปัญหาเกี่ยวกับการ นอน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อแบบแผนการนอนหลับ กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เพื่อให้ผ่อนคลาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

#### แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญา และการรับรู้ (Cognitive and Perceptual pattern)

แบบแผนสถิติปัญญา และการรับรู้ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการตอบสนอง ความสามารถทางสถิติปัญญา ดังนั้นแบบแผนสถิติปัญญาและการรับรู้ จึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1. การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล ในการรับรู้ สิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้ง 5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับความรู้สึกทางผิวหนัง และการรับรู้เกี่ยวกับความ เจ็บปวด

2. ความสามารถทางสติปัญญา หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถ และพัฒนาการทางสติปัญญาเกี่ยวกับความคิดความจำ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการสื่อสารต่างๆ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อความสามารถทางสติปัญญา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

#### **แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-perception and Self-concept)**

การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) การมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา ความพิการ (ภาพลักษณ์) ความสามารถคุณค่าเอกลักษณ์ และ ความภูมิใจในตนเอง ตลอดจนปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยอุปสรรค รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

#### **แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and relationship)**

บทบาทและสัมพันธภาพเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ การติดต่อสื่อสาร และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลทั้งภายในครอบครัวและสังคม รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

#### **แบบแผนที่ 9 เพศ และการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproductive pattern)**

เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนเกี่ยวกับพัฒนาการตามเพศ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากพัฒนาการด้านร่างกาย และอิทธิพลของสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ลักษณะการเจริญพันธุ์พฤติกรรมทางเพศ และเพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยอุปสรรคต่อพัฒนาการตามเพศ และการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

#### **แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด (Coping-Stress tolerance pattern)**

ปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความเครียด ปฏิกริยาของร่างกายเมื่อเกิดความเครียด วิธีการแก้ไข และการจัดการกับความเครียด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวกับความเครียด รวมทั้ง การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

#### **แบบแผนที่ 11 คุณค่า และความเชื่อ (Value and Belief pattern)**

คุณค่าและความเชื่อเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความเชื่อถือ ความศรัทธา ความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ เป้าหมายในการดำเนินชีวิตความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนตามความเชื่อ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ รวมทั้ง การเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ฉะนั้น ในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ ครบทุกขั้นตอน โดยประเมินให้ครอบคลุมองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามแบบแผน สุขภาพทั้ง 11 แบบแผน หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผน ที่ผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ ทั้งนี้ความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ หรือจากสาเหตุในแบบแผนอื่น ๆ เนื่องจากแต่ละคน แบบแผนเป็นองค์ประกอบ ของคนทั้งคน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน ในการแก้ไขกระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพองค์รวม เน้นเฉพาะ การใช้กับผู้รับบริการที่เจ็บป่วย จึงกล่าวถึงการวินิจฉัยการพยาบาลเฉพาะแบบแผนที่ผิดปกติเท่านั้น ในระยะต่อมา ได้มีการขยายขอบเขตใช้แบบแผนสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค จึงได้มีการกำหนด ข้อวินิจฉัย ทางทางการพยาบาลในภาวะที่ข้อมูลบ่งชี้ว่าแบบแผนสุขภาพนั้น ๆ เป็นปกติขึ้น ดังนั้นในปัจจุบันการวินิจฉัยการ พยาบาลตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพจึงวินิจฉัยทั้งภาวะที่ปกติของแบบแผน และภาวะที่ผิดปกติของ แบบแผน การวางแผนการพยาบาลพยาบาลจะกำหนดจุดมุ่งหมาย และวิธีการในการแก้ไขความผิดปกติของแบบ แผนที่พบตามกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้ ในกรณีที่ระบุข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงภาวะที่ผิดปกติของผู้รับบริการ การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาลเพื่อให้แบบแผนสุขภาพที่ดีนั้นคงอยู่ต่อไปหรือมีแบบแผนที่สมบูรณ์ขึ้น หรือ คนมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดีขึ้น

### ทฤษฎีการพยาบาลของรอย (Roy's Adaptation Theory) (อรันันท์ หาญยุทธ, 2565)

ซิสเตอร์คัลลิสตา รอย (Sister Callista Roy) เป็นนักทฤษฎีศาสตราจารย์ และนักเขียนด้านการพยาบาล ในปี 1976 ได้พัฒนารูปแบบการปรับตัว (The Adaptation Model) โดยระบุว่าเป้าหมายของการพยาบาล คือการส่งเสริมการปรับตัวของผู้รับบริการ รูปแบบการปรับตัวของรอย เป็นกรอบแนวคิดที่เน้นไปที่การปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รอยมองว่าบุคคลเป็นระบบเปิดที่มีความสัมพันธ์กันของ ร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลระหว่างระบบเหล่านี้กับสิ่งแวดล้อมภายนอกที่บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างพอเพียง การปรับตัวของรอยทางการพยาบาล (The Adaptation Model of Nursing)เป็นตัวแทนของทฤษฎีการพยาบาลระดับกว้างที่มีกรอบแนวคิดที่เน้นไปที่บุคคลที่เชื่อมต่อกันแบบองค์รวม และปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายหรือกำหนดแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในรูปแบบการปรับตัวของรอยได้ผสมผสานจิตวิญญาณเข้าไว้เพื่อแสดงให้เห็นว่าการปรับตัวของบุคคลผ่านรูปแบบการทำงานทางด้าน สรีรวิทยา แนวคิดในตนเอง บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัยกัน การปรับตัวของบุคคลเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้และเป็นการปรับตัวเพื่อตอบสนอง

ในเชิงบวก สำหรับการพัฒนาชีวิตและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางกายภาพและคุณภาพชีวิต รูปแบบการปรับตัวของรอยซึ่งเป็นทฤษฎีการพยาบาลที่มีส่วนสำคัญต่อความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีนี้ช่วยให้พยาบาลได้พัฒนาแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดหน้าที่ของพยาบาลในการช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงและออกแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ แต่ละรายได้เป็นอย่างดี

สมมุติฐานรูปแบบการปรับตัวของรอยที่ชัดเจน ประกอบด้วย 10 ข้อ ดังนี้

1. บุคคล นั้นเป็นสิ่งที่มีความชีวิตประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา
3. เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในเชิงบวก บุคคลต้องปรับตัว
4. บุคคลใช้กลไกทั้งโดยกำเนิดและที่ได้มาซึ่งเป็นกลไกทางชีววิทยา จิตวิทยาและทางสังคม เพื่อรับมือกับโลกที่เปลี่ยนแปลงไป
5. สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นมิติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในชีวิตของบุคคล
6. การปรับตัวของบุคคลนั้นเป็นหน้าที่ของสิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญอยู่และระดับการปรับตัวของบุคคลนั้น
7. ระดับการปรับตัวของบุคคลนั้นประกอบด้วยพื้นที่ที่เป็นช่วงของการกระตุ้นที่จะนำไปสู่การตอบสนองในเชิงบวก
8. บุคคลมีรูปแบบการปรับตัว 4 แบบ คือ การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวตามแนวคิดในตนเอง การปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน
9. การพยาบาลเป็นความเห็นอกเห็นใจของการให้คุณค่าความคิดเห็นและมุมมองของผู้อื่น
10. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นส่วนสำคัญของการพยาบาล อภิประบวนทัศน์ (Metaparadigm) อภิประบวนทัศน์ของทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) ประกอบด้วย บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล

บุคคล (Person) ตามแนวคิดของรอย บุคคลเป็นสิ่งที่มีความชีวิตแบบองค์รวมของร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคคลใช้ระบบการปรับตัว ทั้งโดยกลไกการกำเนิดและกลไกที่ได้มาเพื่อการปรับตัว

สิ่งแวดล้อม (Environment) ตามแนวคิดของรอย มองว่าสิ่งแวดล้อมถูกกำหนดให้เป็นเงื่อนไข สถานการณ์ และอิทธิพลที่ส่งผลต่อการพัฒนาและการปรับตัวของบุคคล สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นที่ต้องการให้บุคคลปรับตัวเหล่านี้อาจเป็นบวกหรือลบก็ได้ โดยแบ่งสิ่งเร้า (Stimuli) ออกเป็น สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) และสิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli)

สุขภาพ (Health) สุขภาพเป็นมิติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในชีวิตของบุคคลและแสดงถึงความต่อเนื่องระหว่างสุขภาพความเจ็บป่วย สุขภาพถูกอธิบายว่าเป็นสถานะและกระบวนการของแบบบูรณาการชีวิตทั้งหมดในการปรับตัว เนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต สุขภาพจึงเป็นผลมาจากกระบวนการที่สุขภาพสามารถอยู่ร่วมกันได้ หากมนุษย์สามารถปรับตัวแบบองค์รวมต่อไปได้ ก็จะรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์

และรักษาความเป็นองค์รวมที่สมดุลในตัวเองได้ หากไม่สามารถปรับตัวได้ตามความเหมาะสม ความสมบูรณ์ของบุคคลอาจได้รับผลกระทบในทางลบทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้

การพยาบาล (Nursing) เป็น ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของบุคคล โดยนำความรู้เชิงวิทยาศาสตร์สู่การปฏิบัติการพยาบาลโดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้บุคคลเกิดการปรับตัวได้จนบรรลุเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่รอด และสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามต้องการได้ โดยใช้กระบวนการพยาบาล

**ระดับการปรับตัว (Adaptation level)** รอยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกระบวนการแบบบูรณาการชีวิต (Integrated life Process) เป็นระดับการปรับตัวซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของกระบวนการทำงานร่วมกันโดยรวมเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล
2. ระดับกระบวนการชดเชยชีวิต (Compensatory life Process) เป็นระดับการปรับตัวโดย

กลไกการป้องกันถูกกระตุ้นด้วยความท้าทายต่อกระบวนการแบบบูรณาการ

3. กระบวนการแบบประนีประนอมชีวิต (Compromised life Process) เป็นผลลัพธ์ที่ประนีประนอม

จากกระบวนการแบบบูรณาการและแบบกระบวนการชดเชยที่ไม่เพียงพอ ทำให้เป็นปัญหาการปรับตัว หากกระบวนการแบบบูรณาการเปลี่ยนแปลงไปเป็นระดับการชดเชยการทำงาน บุคคลนั้นจะพยายามสร้างระดับการปรับตัวแบบบูรณาการขึ้นใหม่ ถ้าระดับกระบวนการชดเชยชีวิตไม่เพียงพอ จะมีผลต่อระดับกระบวนการแบบประนีประนอมชีวิต

กระบวนการปรับตัวของรูปแบบการปรับตัวของรอย (Adaptive process) ประกอบด้วย กลไกเผชิญปัญหาโดยธรรมชาติ (Innate coping mechanism) และกลไกการเผชิญปัญหาที่ได้มา (Acquired coping mechanism) กลไกการเผชิญปัญหาโดยธรรมชาติ โดยทั่วไปจะถูกมองว่าเป็นกระบวนการเผชิญปัญหาที่ได้มา เป็นการเรียนหรือการพัฒนาที่ผ่านการตอบสนองตามความเคยชิน นอกนั้นยังมีระบบย่อยอีก 2 ระบบ (Subsystem) คือ

1. ระบบการควบคุม (Regulator subsystem) เป็นการตอบสนองผ่านกระบวนการทางประสาทเคมี และต่อมไร้ท่อ สิ่งเร้าที่มาจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกจะทำการส่งความรู้สึก ถึงระบบประสาท จึงทำให้มีผลต่อความสมดุลของ ของเหลว อิเล็กโตรไลต์ และกรดต่าง รวมถึงระบบ ต่อมไร้ท่อ ข้อมูลนี้จะถูกส่งต่อโดยอัตโนมัติ ทำให้ร่างกายสร้างการตอบสนองอัตโนมัติโดยไม่รู้ตัว

2. ระบบการรับรู้ (Cognator subsystem) เป็นการตอบสนองผ่านช่องทางความคิดและอารมณ์ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา การป้องกันถูกใช้เพื่อที่จะหาวิธีผ่อนคลายและทำให้เกิดผลต่อการประเมินและความผูกพันผ่านอารมณ์

ระบบการควบคุมและระบบการรับรู้ทำหน้าที่เพื่อคงไว้ของระดับกระบวนการแบบบูรณาการชีวิตทั้ง 3 ระดับของการปรับตัว คือ ระดับกระบวนการแบบบูรณาการของชีวิต ระดับกระบวนการแบบการชดเชยชีวิต และระดับกระบวนการแบบประนีประนอมชีวิต จะเห็นได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกมาของบุคคลหรือกลุ่ม พฤติกรรมที่แสดงผลลัพธ์ของการปรับตัวของบุคคลเป็นไปได้ทั้งมีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพ พฤติกรรมตอบสนอง (Behavioral Responses) ที่บุคคลแสดงออกมาจะเป็นข้อมูลป้อนกลับต่อระบบและเป็นข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับระบบการปรับตัว ด้วยระบบการทำงานของร่างกายมนุษย์จะใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนว่าจะเพิ่มหรือลดความพยายามที่จะรับมือกับสิ่งเร้า

พฤติกรรมตอบสนอง (Behavioral Responses) ของบุคคลที่สังเกตได้ผ่าน 4 รูปแบบการปรับตัว (Adaptive modes) มีดังนี้

#### 1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode)

เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยสะท้อนให้เห็นการทำงานระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะต่าง ๆ และระบบของร่างกายมนุษย์ในการปรับตัวเพื่อการอยู่รอดและความสมบูรณ์ของร่างกาย เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Basic human needs) ที่สำคัญต่อชีวิตมี เป้าหมายสูงสุดเป็นการปรับตัวเพื่อเข้าสู่สมดุลของร่างกาย การประเมินพฤติกรรมปรับตัวของร่างกายเป็นการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐาน ด้านร่างกายสามารถประเมินได้ จากการสังเกต การวัด การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การสัมภาษณ์ และการรายงานด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

- 1.1 ออกซิเจน (Oxygenation)
- 1.2 โภชนาการ (Nutrition)
- 1.3 การขับถ่าย (Elimination)
- 1.4 กิจกรรมและการพักผ่อน (Activity and Rest)
- 1.5 การป้องกันอันตรายของร่างกาย (Protection)
- 1.6 การรับรู้ความรู้สึก (Senses)
- 1.7 สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Fluid and Electrolyte)
- 1.8 การทำหน้าที่ของระบบประสาท (Neurological function)
- 1.9 การทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine function)

#### 2. การปรับตัวตามแนวคิดในตนเอง (Self-concept mode)

ประกอบขึ้นจากความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง เกิดขึ้นจากการรับรู้ในตนเองและปฏิกิริยาของบุคคลรอบข้าง ซึ่งรอบ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ

##### 2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self)

เป็นการประเมินตนเองด้านร่างกายของบุคคลอันประกอบด้วยคุณลักษณะทางร่างกาย การมีเพศสัมพันธ์ ภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย และลักษณะที่ปรากฏ แบ่งเป็นด้าน การรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย (Body sensation) และด้านภาพลักษณ์ (Body image)

## 2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self)

รอย กล่าวว่า เป็นการประเมินของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ความคาดหวัง ความรู้สึกมีค่า การให้คุณค่า อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลนี้ประกอบด้วย ด้านความมั่นคงในตนเอง (Self-consistency) ด้านอุดมคติของตนเอง (Self-idea) ด้านศีลธรรมจรรยา และ จิตวิญญาณแห่งตน (Moral-ethical-spiritual self)

### 3. การปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ (Role function mode)

เป็นการปรับตัวเพื่อตอบสนองทางด้านความมั่นคง หรือได้รับการยอมรับในสังคม เป็นการกระทำหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม (Social integrity) เน้นบทบาทตำแหน่งหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น เป็นสิ่งกำหนด พฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์นั้นๆ โดยบุคคลจะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวัง ไว้อย่างเหมาะสม หากไม่สามารถปรับตัวในด้านบทบาทหน้าที่ได้ จะเกิดปัญหาคือ การไม่สามารถแสดงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ineffective role transition) การแสดงบทบาท ไม่ตรงกับความรูสึกที่แท้จริง ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) และความล้มเหลวในบทบาท (Role failure) การแสดงบทบาทนี้จะสัมพันธ์กับความรูสึกต่อบทบาทตามที่รอย ได้แบ่ง บทบาทของบุคคลออกเป็น สามประเภทคือ

#### 3.1 บทบาทปฐมภูมิ (Primary role)

บทบาทนี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นบทบาทนี้เป็นไปตามการเจริญเติบโตของมนุษย์หรือขั้นพัฒนาการแต่ละวัย เช่น บทบาทการเป็น เด็กวัยเรียนบทบาทในการเป็นผู้สูงอายุ

#### 3.2 บทบาททุติยภูมิ (Secondary role)

เป็นบทบาทที่สัมพันธ์กับบทบาทปฐมภูมิ บุคคล 1 อาจมีบทบาททุติยภูมิได้หลายบทบาท บทบาทในครอบครัว เช่น บทบาทการเป็นบุตร ของบิดามารดา บทบาทการเป็นพี่หรือเป็นน้อง บทบาทตามอาชีพ

#### 3.3 บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role)

เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลนั้นได้รับบทบาทนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ ระยะเวลา และ ระยะเวลาพัฒนาการของบุคคล

ทั้งนี้ บทบาทจะประกอบไปด้วยพฤติกรรมของบุคคล สองพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการกระทำ (Instrumental behavior) และพฤติกรรมความรู้สึก (Expressive behavior)

### 4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence mode)

การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคมเช่นกัน เป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่จะมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ให้ได้รับความรัก ความห่วงใยก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย หากปฏิบัติตัวหรือปรับตัวไม่เหมาะสมจะเกิดการพึ่งพาผู้อื่นไม่เหมาะสม (Dysfunction dependence) และการพึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม (Dysfunction independence) แต่โดยปกติแล้ว บุคคลจะพยายามพึ่งพาตนเองและผู้อื่นภายในขอบเขตที่เหมาะสมและสังคมยอมรับ มีการรับและให้ความเอาใจใส่ดูแลพึ่งพาอย่างสม่ำเสมอ มีปฏิสัมพันธ์และการอยู่คนเดียวอย่างเหมาะสม ซึ่งถือว่าเป็นการปรับตัวด้านนี้ที่มีความเหมาะสม ซึ่งรอย แบ่งการประเมินออก ได้ดังนี้

#### 4.1 บุคคลสำคัญ (Significant other)

เป็นการประเมินความรู้ ความผูกพัน สัมพันธภาพและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่าง ผู้รับบริการ กับบุคคลที่มีความหมายต่อชีวิต

#### 4.2 ระบบสนับสนุน (Supporting system)

ประเมินความรู้ ความผูกพัน การช่วยเหลือระหว่างผู้รับบริการกับครอบครัว เครือญาติ เพื่อนร่วมงาน รูปแบบการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) รอยให้ความหมายของสิ่งเร้า (Stimuli) ว่าเป็นสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล แบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ประเภท

1. สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือ สิ่งเร้าจากภายนอกและภายในที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้นมีความสำคัญและอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุดทำให้ต้องมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเหล่านั้นเกิดขึ้น สิ่งเร้าเปรียบเสมือนตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น การเจ็บป่วยขณะนั้น

2. สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) สิ่งเร้าอื่นๆ ที่มีอยู่ในขณะนั้น นอกเหนือจากสิ่งเร้ามีผลกระทบต่อบุคคล เช่นกัน เป็นได้ทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งถ้ามีผลกระทบทางบวกจะช่วยลดอิทธิพลของสิ่งเร้าตรง หรือช่วยลดความรุนแรงได้ แต่ถ้ามีผลกระทบในทางลบจะทำให้อิทธิพลของสิ่งเร้าตรงมีอิทธิพลมากยิ่งขึ้น จะทำให้บุคคลปรับตัวได้ยากขึ้น โดยอาจจะมีผลเป็นตัวส่งเสริมสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมเหล่านี้ เช่น เพศ การศึกษา สัมพันธภาพ รายได้ของครอบครัว เป็นต้น

3. สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายใน ระบบบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะตัวของมนุษย์ หรืออาจเกิดจากประสบการณ์ในอดีต เช่น นิสัย ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพ เป็นต้น อาจมีผลต่อความรู้สึกรู้สึกนึกคิด

ปัจจุบันรูปแบบการปรับตัวของรอยสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล (Roy Adaptation Model for Nursing Practice) : ตามรูปแบบการปรับตัวของรอย เป้าหมายของการพยาบาลคือ การส่งเสริมการปรับตัวใน 4 รูปแบบของการปรับตัวและการจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้าที่มีผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ การพยาบาลเป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เพื่อการใช้รูปแบบการปรับตัวของรอยในการปฏิบัติการพยาบาล รอย เสนอ 6 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Roy's six steps in nursing process) มีดังนี้

1. การประเมินพฤติกรรมปรับตัว (Assessment of behavior) การประเมินสุขภาพ ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินพฤติกรรมปรับตัวของผู้รับบริการทางด้านสรีรวิทยา (Physiological physical mode) ด้านแนวคิดของตนเอง (Self-concept mode) ด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) และด้านการพึ่งพาอาศัยกัน (Interdependence mode) ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรวบรวมโดยการวัดและการสังเกต ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัว เมื่อข้อมูลได้ถูกเก็บรวบรวมครบแล้วพยาบาลทำการตัดสินใจว่าระดับการปรับตัวของผู้รับบริการในปัจจุบันอยู่ในระดับใด พร้อมทั้งระบุพฤติกรรมปรับตัวที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพ

2. การประเมินสิ่งเร้า (Assessment of stimuli) สิ่งเร้าคือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในสภาพแวดล้อมภายในหรือภายนอกที่กระตุ้นการตอบสนองในระบบการปรับตัว สิ่งเร้าที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมสามารถจำแนกได้เป็น 1) สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) 2) สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) และ 3) สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) ในการประเมินระดับนี้ พยาบาลจะวิเคราะห์พฤติกรรมทั้งที่ผู้รับบริการพูดหรือแสดงออกมาให้เห็น และมองหาสาเหตุที่เป็นไปได้ของพฤติกรรมนั้น ๆ สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) มีส่วนทำให้เกิดพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ส่วนสิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) จะเป็นปัจจัยทางด้านการเจ็บป่วย สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สถานภาพการสมรส และสังคมสำหรับสิ่งเร้าที่เหลือ จะเป็นความเชื่อทางศาสนาและเรื่องเพศ

3. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ความรู้และประสบการณ์ของพยาบาล ช่วยให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและความต้องการที่จะปรับตัวของผู้รับบริการ การตัดสินใจจะเขียนไว้ในข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่บ่งชี้ว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับการปรับตัว ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะระบุพฤติกรรมที่นำไปสู่การวินิจฉัยและการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่คุกคามหรือส่งเสริมการปรับตัว

4. การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การตั้งเป้าหมายมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัว พยาบาลและผู้รับบริการร่วมกันตกลงในข้อความที่กำหนดในเป้าหมายและผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมที่ต้องการทางการพยาบาล เป้าหมายและผลลัพธ์ควรสะท้อนถึงพฤติกรรมการปรับตัวที่เป็นจริง ข้อความในเป้าหมายควรรวมถึงพฤติกรรมที่จะเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง และมีกรอบเวลากำหนดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ควรเกิดขึ้น

5. การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Implementation) การปฏิบัติการพยาบาลมุ่งเน้นที่ลักษณะของการบรรลุเป้าหมาย การปฏิบัติการพยาบาลคือการดำเนินการใด ๆ ของพยาบาลวิชาชีพที่เชื่อว่าจะส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวของผู้รับบริการได้โดยใช้ฐานความรู้และทักษะการพยาบาลโดยมุ่งเป้าไปที่สิ่งเร้าที่มีผลโดยตรง (Focal stimuli) เมื่อสามารถทำได้ การปฏิบัติการพยาบาลด้วยแนวทางการพยาบาลใด ๆ มีจุดมุ่งหมายคือ เพื่อส่งเสริมการปรับตัวโดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้า หรือการเสริมสร้างกระบวนการปรับตัวของผู้รับบริการ

6. การประเมินผล (Evaluation) การประเมินเป็นการวิเคราะห์และตัดสินใจเพื่อพิจารณาว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ระบุไว้ในเป้าหมายบรรลุหรือไม่บรรลุ การประเมินผล พยาบาลต้องตัดสินใจประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้วและเป้าหมายของการปรับตัวของบุคคล ประสบความสำเร็จในระดับใด

การปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล พยาบาลต้องประเมินพฤติกรรมการปรับตัวและสิ่งเร้าที่มีผลต่อบุคคล สิ่งเร้าที่มีผลโดยตรง (Focal stimuli) เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้บุคคลขาดประสิทธิภาพในการปรับตัวได้มากที่สุด ส่วนสิ่งเร้าอื่น ๆ เป็นปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการปรับตัว ดังนั้นพยาบาลต้องใช้ความรู้และการตัดสินใจในการจัดการกับสิ่งเร้าที่มีผลโดยตรง และส่งเสริมระดับการปรับตัวของบุคคล และต้องใช้ในการสังเกตพฤติกรรมการปรับตัวและพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพเพื่อนำมาวางแผน

แก้ไขต่อไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล รอย ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของแต่ละขั้นตอน ของกระบวนการพยาบาลไว้ว่า พยาบาลต้องพัฒนาเทคนิคและทักษะการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ทักษะการคิดริเริ่ม และทักษะการตัดสินใจ ตั้งแต่ขั้นของการประเมินจนถึงขั้นการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งรวมถึงการสอนและการให้คำปรึกษา

### การบูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของรอยกับกรณีศึกษา

จากการศึกษาทฤษฎีแนวคิดหลักของรอย คือการส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ใช้บริการ ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างกัน โดยเริ่มต้นที่การประเมินสภาพผู้รับบริการ การวินิจฉัยสภาพปัญหา และความต้องการความช่วยเหลือของผู้ใช้บริการ การวางแผน การเลือกใช้วิธีการพยาบาลและประเมินผล การวิเคราะห์ตัดสินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วย (Judgment of Behavior as Adaptive Maladaptive) เป็นการประเมินระดับความสามารถ ในการปรับตัวของผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลที่ได้รวบรวม นำมาพิจารณาตัดสินความสามารถในการปรับตัว (Adaptive) หรือความสามารถในการปรับตัว (Maladaptive) โดยคำนึงถึงสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นพยาบาลต้องใช้เทคนิคการสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องทดลองต่าง ๆ ประกอบการประเมินตามรูปแบบการปรับตัวดังนี้

- 1) การปรับตัวตามความต้องการด้านร่างกาย: เกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมน้ำ อาหาร และเกลือแร่ การรับประทานยา การพักผ่อน การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันอันตรายและการสังเกตอาการผิดปกติ
- 2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์: เกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง การยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงและสมรรถนะ ร่างกายของตนเอง ความเชื่อมั่นในวิธีการรักษา ความคาดหวังในชีวิต การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ทศนคติที่มีต่อตนเอง
- 3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่: เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อไปอยู่ที่บ้าน การเตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์การปฏิบัติต่อเนื่องในการติดตามผลการรักษา การทำความสะอาดแผลและการมาตรวจตามนัด
- 4) การปรับตัวด้านความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างกัน: เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจ การช่วยเหลือด้านข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับปัญหาที่พบ การจัดเตรียมสถานที่หรือการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ญาติพี่น้องและบุคลากรด้านสุขภาพ

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ครบทุกขั้นตอน โดยประเมินให้ครอบคลุมองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามแบบแผนสุขภาพทั้งนั้นๆ แบบแผนหลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ผิดปกติหรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้นๆ ทั้งนี้ความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติหรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้นๆ หรือจากสาเหตุในแบบแผนอื่นๆ เนื่องจากแต่ละคน แบบแผนเป็นองค์ประกอบของคนทั้งคน ซึ่งมีความ

เกี่ยวข้องกัน ในการแก้ไขกระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพ กอร์ดอน เน้นเฉพาะการใช้กับ ผู้รับบริการที่เจ็บป่วย จึงกล่าวถึงการวินิจฉัยการพยาบาลเฉพาะแบบแผนที่ผิดปกติเท่านั้น ในระยะต่อมา ได้มีการขยายขอบเขตใช้แบบแผนสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค จึงได้มีการกำหนด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในภาวะที่ข้อมูลบ่งชี้ว่า แบบแผนสุขภาพนั้น ๆ เป็นปกติขึ้น ดังนั้นในปัจจุบันการวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพจึงวินิจฉัยทั้งภาวะที่ปกติของแบบแผน และภาวะที่ผิดปกติของแบบแผน

จากกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ พยาบาลจะกำหนดจุดมุ่งหมาย และวิธีการในการแก้ไขความผิดปกติ ของแบบแผนที่พบตามกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้ในกรณีที่สรุปข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงภาวะที่ผิดปกติของผู้รับบริการ การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาลก็เพื่อให้แบบแผนสุขภาพที่ตื้นนั้นคงอยู่ต่อไป หรือมีแบบแผนที่สมบูรณ์ขึ้น หรือคนมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดีขึ้น

พยาบาลจะดำเนินการพยาบาลเพื่อแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนสุขภาพ การป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้แบบแผนนั้นๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสอน การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยมุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินว่าในแบบแผนที่ผิดปกตินั้น หลังจากให้การพยาบาลแล้วดีขึ้นหรือไม่ และในแบบแผนที่ปกติยังเป็นปกติหรือเสี่ยงต่อความผิดปกติก็ต้องใช้กระบวนการพยาบาลต่อไป เพื่อแก้ไขปัญหาจนกว่าจะสิ้นสุด ในกรณีที่แบบแผนปกติแล้ว พยาบาลจะต้องพิจารณาป้องกันปัญหา หรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และส่งเสริมสุขภาพต่อไปเห็นได้ว่า กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ เป็นกรอบแนวคิดที่ไม่แตกต่างมากจากความเชื่อพื้นฐานเดิมในมโนคติของคนและการพยาบาลที่เป็นที่ทราบกันอยู่ในปัจจุบัน

ในการเลือกทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายแต่ละโรคนั้นมีความสำคัญ ผู้ป่วยที่รักษารายนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา และภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะต้องมีรูเปิดทางเดินหายใจใหม่ตลอดชีวิต ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้เหมือนปกติ การสูญเสียภาพลักษณ์ และอาจได้รับการรักษาเพิ่มเติมหลังการผ่าตัด พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญ และใช้ทักษะในการตัดสินใจ และแก้ปัญหาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการบำบัดรักษาเป็นเวลานาน พยาบาลจึงต้องเกี่ยวข้องกับการดูแลครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยด้วย

### **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด**

การผ่าตัดเป็นวิธีการหนึ่งที่ยอมรับใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อให้หายจากโรคเมื่อพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ควรได้รับการพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาจนรับการรักษาในหอ

ผู้ป่วยเพื่อรอการผ่าตัด ขณะนำไปยังห้องผ่าตัด จนถึงระยะที่ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ทุกระยะมีความสำคัญ พยาบาลผู้ดูแลควรมีความรู้ มีสมรรถนะเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เพื่อสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำที่เหมาะสม การวางแผนก่อนกลับบ้าน และการติดตามผู้ป่วยจนมาพบแพทย์หลังจากกลับบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับ ประโยชน์จากการรักษาเต็มที่

แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

## 1. การพยาบาลก่อนการผ่าตัด แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

### 1.1 การเตรียมทางด้านร่างกาย

#### 1.1.1 การประเมินสภาพร่างกายก่อนผ่าตัด ตรวจร่างกายและการซักประวัติ เช่น ประวัติ

เกี่ยวกับประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ประวัติการทำผ่าตัด ประวัติโรคประจำตัว การรับประทาน ยาละลายลิ่มเลือด ประเมินภาวะโภชนาการ ประวัติการแพ้ยา ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด

1.1.2 อธิบายถึงการเตรียมร่างกายทั่วไปได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย เช่น حمام ถู แปรง ฟัน และเสื้อผ้า เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด นอกจากนี้ในคืนก่อนผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับการพักผ่อน อย่างเพียงพอ โดยผู้ป่วยจะได้รับยานอนหลับตามแผนการรักษา

1.1.3 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการเตรียมสำหรับการผ่าตัดโดยทั่วไป เช่น ตรวจเลือด ตรวจ คลื่นหัวใจ การถ่ายภาพรังสีปอด และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้พร้อมสำหรับการดมยาสลบ ได้แก่ การงดอาหาร และน้ำดื่มหลังเที่ยงคืนวันก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด

1.1.4 อธิบายสภาพหลังผ่าตัดว่า จะต้องหายใจทางรูเปิดที่คอตลอดชีวิต เพราะการผ่าตัดเป็นการตัดทางเดินหายใจบริเวณกล่องเสียง แนะนำการปิดแผลแบบพันแน่นเพื่อป้องกันการเสียเลือดและมีท่อระบายออกจากแผลผ่าตัดประมาณ 2 เส้น เพื่อระบายเลือดและการอุดตันทางเดินหายใจซึ่งดูแลไม่ให้เลื่อน หลุด

1.1.5 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้ย้ายเข้าห้องหอผู้ป่วยหนักที่มีพยาบาล คอยดูแลอย่างใกล้ชิด

1.1.6 เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคการรักษาพยาบาลการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้น และความรู้สึกรู้สึกต่อการเจ็บป่วย

### 1.1.7 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

- แนะนำหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดบริเวณคอ พันแผลผ่าตัดไว้และมีท่อระบายเลือด 2 เส้น ต่อลงขวาระบายเลือดหากมีอาการปวดแผล นอนศีรษะสูงจะช่วยบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดได้หรือขอรับยาแก้ปวดได้

และแนะนำการทำจิตใจให้สงบนิ่ง จะช่วยบรรเทาอาการปวดได้

- ที่แขนจะให้น้ำเกลือไว้เพื่อให้สารอาหารแก่ร่างกาย และจะมีสายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยอาจรู้สึกไม่สบายได้แต่ห้ามดึงสายต่าง ๆ ออกเองเพราะอาจจะเป็นอันตรายได้

- การหายใจเข้าออกลึก ๆ การไอเอาเสมหะออกมาและการพลิกตะแคงตัว โดยการปฏิบัติกิจกรรมการหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ ยาว ๆ 4-5 ครั้งต่อวัน ไออย่างมีประสิทธิภาพ 1-2 ครั้งต่อวัน จะทำผลให้ปอดขยายตัวดีช่วยขับและระบายเสมหะส่งผลให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- แนะนำเรื่องภาวะไข้ อธิบายว่าหลังผ่าตัด อาการไข้เกิดขึ้นได้ เนื่องจากเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับการบาดเจ็บ รวมทั้งการสูญเสียเลือดและสารน้ำในระยะผ่าตัด ซึ่งเป็นกลไกธรรมชาติของร่างกาย อาการไข้จะลดลงเมื่อได้รับสารน้ำชดเชยในขนาดเพียงพอและได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา การดูแลเมื่อมีภาวะไข้ทำได้โดยวิธีการเช็ดตัวลดไข้เพื่อให้ระบายความร้อนสวมเสื้อผ้าที่แห้ง ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงจัดบรรยากาศข้างเตียงให้เงียบสงบให้อากาศถ่ายเทได้สะดวกจะช่วยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่และร่างกายจะปรับสภาพเข้าสู่ภาวะปกติ

## 1.2 การเตรียมทางด้านจิตใจ

1.2.1 อธิบายเรื่องการได้รับยาสลบขณะผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว และไม่เจ็บปวด

1.2.2 อธิบายพร้อมให้ดูภาพประกอบเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคมะเร็งกล่องเสียง การผ่าตัดเอากล่องเสียงออกหมด และภาพผู้ป่วยที่ท่อหลอดลมคอ การติดต่อสื่อสารด้วยการพูดบกพร่องเนื่องจากพูดไม่มีเสียงไม่สามารถสื่อความหมายกับบุคคลอื่น ๆ ได้ตามปกติ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อข้องใจต่าง ๆ

1.2.3 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ได้แก่ การมีแผลผ่าตัด บริเวณคอ การมีรูเปิดทางเดินหายใจใหม่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และความรู้สึกปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น

1.2.4 ให้คำแนะนำเรื่อง Stoma การดูแล Stoma และการดูแลท่อหลอดลมคอ การระคายเคือง การดูแลเรื่องเสมหะที่อาจเปื้อนบริเวณท่อหลอดลมคอรวมถึงอาการผิดปกติของ Stoma ขณะเดียวกัน นำภาพและท่อหลอดลมคอมาให้ผู้ป่วยดู เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังผ่าตัดจะได้รับการใส่ท่อดังกล่าวออกมา การกระทำดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทำให้ความวิตกกังวลลดลง

1.2.5 ให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยที่มี Stoma เพื่อสอบถามเรื่องการดูแล Stoma และอื่น ๆ

## 2. การพยาบาลหลังการผ่าตัด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

### 2.1 การดูแลหลังผ่าตัดทั่วไป (Post-operative care) ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

2.1.1. ภาวะเลือดออกมากและมีเลือดคั่งที่แผลผ่าตัด (Bleeding and Hematoma)

เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้หลังผ่าตัดทันทีโดยสังเกตได้จาก ปริมาณเลือดที่ออกมามากผิดปกติใน ขวดยระบายเลือดและน้ำเหลือง หรือบริเวณแผลผ่าตัดมีลักษณะบวมตึง ซึ่งเกิดจากการที่มีเลือดมาคั่ง แทรกอยู่ระหว่างผิวหนังบริเวณคอ ท่อระบายไม่ทำงาน อาจทำให้ส่วนของผิวหนังคล้ำเกิดการตายได้เพราะเลือดเลี้ยงไม่พอหรือเกิดการติดเชื้อตามมาการป้องกันภาวะนี้ทำโดยบริเวณที่ทำการผ่าตัดได้รับการใส่ท่อระบาย ในการผ่าตัดบริเวณคอตำแหน่งที่ควรใส่ท่อระบายคือ บริเวณเหนือไหปลาร้า (Subclavicular fossa) เพราะเกิดเลือดหรือน้ำเหลืองคั่งได้บ่อย และควรดูแลท่อให้ทำงานตลอดเวลา

เมื่อเกิดเลือดคั่งใต้แผลผ่าตัดการรักษาภาวะเลือดหรือน้ำเหลืองคั่ง ถ้ามีจำนวนไม่มากอาจใช้วิธีเปิดแผลระบายเล็กน้อยตามรอยแผลผ่าตัดเดิมหรือฉีคน้ำเกลือล้างสิ่งอุดตันทางทวารยาบเดิม แต่ถ้าจำนวนเลือดที่คั่งค้างมากมักต้องผ่าตัดแผลใหม่ เพื่อเปิดล้างเอาก้อนเลือดออกและหาตำแหน่งเลือดออกเพื่อทำการหยุดเลือด

### 2.1.2. การอุดกั้นทางเดินหายใจ ( Airway obstruction)

ผู้ป่วยหายใจทางท่อเจาะคอหลังการผ่าตัดอาจเกิดกานบวมของเนื้อเยื่อบริเวณคอและมีสารคัดหลั่งมากและยังรู้สึกตัวไม่ดีพอ ดังนั้นจึงต้องมีการดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง เคลียร์ทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูแลเสมหะในท่อหลอดลม และประเมินภาวะพร้อมออกซิเจนโดยการประเมินการหายใจ การวัดระดับออกซิเจนในเลือด ค่า SpO<sub>2</sub> 90-99% ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาในการผ่าตัด 6 ชั่วโมง 10 นาที

### 2.1.3. ภาวะลมในช่องปอด (Pneumothorax)

พบได้น้อยมาก เกิดจากการพยายามเลาะกล้ามเนื้อซี่โครงใหญ่ หรือความพยายามในการควบคุมเลือดที่ไหลจากเส้นเลือดแดงของ Internal mammary แล้วเกิดทะลุเข้าเยื่อหุ้มปอด มักจะพบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy : MRM ผู้ป่วยจะหายใจลำบาก (Respiratory distress) วินิจฉัยได้ จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก รักษาโดยการใส่ท่อระบายจากทรวงอก

## 2.2 การดูแลหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง -3 สัปดาห์แรกตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

### 2.2.1. การรั่วของท่อน้ำเหลืองที่คอ (Chylous fistula)

จะตรวจพบได้ 2-3วันหลังการผ่าตัด แต่บางรายอาจนานถึง 10 วัน จึงตรวจพบได้ โดยจะพบว่าสิ่งระบายออกจากท่อระบายเพิ่มขึ้น แทนที่จะค่อยๆลดจำนวนลง มีลักษณะสีขาวขุ่น คล้ายน้ำมัน (milky) มีกลิ่นไม่เหม็น ไม่ข้นเหนียวเหมือนหนอง ถ้าการรั่วของท่อน้ำเหลืองพบขณะที่ท่อระบายได้นำออกไปแล้วจะพบว่า ส่วนของผิวหนังนูนขึ้น บวม และแดง

### 2.2.2. หน้าบวม (Facial edema)

ผู้ป่วยจะมีอาการบวมบริเวณส่วนล่างของใบหน้าที่ทำกรผ่าตัด ซึ่งอาจเกิดจากกระบวนการผ่าตัด หรือจากการผูกท่อน้ำเหลืองบริเวณนั้น หลังการผ่าตัดอาการบวมจะหายไป ใน 2-3 สัปดาห์

### 2.2.3. การติดเชื้อของแผลผ่าตัด (Wound Infection)

การติดเชื้อของแผลผ่าตัดที่บริเวณศีรษะและลำคอ มักตรวจพบได้ประมาณวันที่ 4 หรือ 5 หลังการผ่าตัด สาเหตุที่สำคัญคือการเกิดเลือดคั่ง (Hematoma) หรือน้ำเหลืองคั่ง (Seroma) ใต้แผลผ่าตัด

การพยาบาล

-ประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อให้ดูแลทำความสะอาดแผลและให้มีการหยุดเลือด (homeostasis) ที่ดี

-ดูแลสายระบายให้อยู่ในระบบการทำงานตลอดเวลา เพื่อให้ผิวหนังติดกับส่วนลึกของบาดแผล เพื่อป้องกันการคั่งของหลอดเลือดและน้ำเหลือง

-ประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อให้การดูแลให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมก่อนและหลังการผ่าตัดตามแผนการรักษา

-เมื่อเกิดการติดเชื้อ ประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อรายงานแพทย์และร่วมให้การพยาบาลโดยการเปิดแผลเพื่อประเมินการติดเชื้อ ดูแลทำแผล และสังเกตอาการต่อเนื่อง

#### 2.2.4. การแตกของเส้นเลือดแดงคาโรติด ( Carotid artery rupture หรือ carotid blowout )

การแตกของเส้นเลือดแดงคาโรติดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายมากที่สุด เป็นผลมาจากการเกิดการติดเชื้อมีรูรั่วของแผลผ่าตัด มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ เคยได้รับการฉายรังสีมาก่อน การผ่าตัดที่ไม่สามารถเอามะเร็งออกได้หมดหรือมีปัญหาแผลแยกและมีรูรั่ว หากพบอาการดังกล่าวต้องรีบกดหลอดเลือดไว้ทันที และส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อทำการผูกหลอดเลือดใหม่

#### 2.2.5. การเกิดรูรั่วระหว่างคอหอยกับผิวหนัง (Pharyngocutaneous Fistula (PCF))

การเชื่อมต่อผิดปกติระหว่างช่องในลำคอ (pharynx) กับ ผิวหนังด้านนอก (cutaneous surface) โดยเกิดรูรั่วที่น้ำลายหรือสิ่งคัดหลั่งในลำคอสามารถรั่วออกมาสู่ผิวหนังภายนอกได้ ภาวะนี้พบได้บ่อยหลัง การผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด (Total laryngectomy) ซึ่งต้องเย็บต่อหลอดอาหารหรือลำคอหอย (pharyngeal closure) หรือจากผู้ที่เคยฉายรังสีมาก่อนผ่าตัด ควรสังเกตลักษณะแผลและอาการปวด บวม แดง

#### **การดูแลท่อหลอดลมคอหลังการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด**

##### **ท่อเจาะคอและการพูด (Tracheostomy Tubes and Speaking)**

ท่อหลอดลมคอ (tracheostomy tube) คือท่อที่ใส่เข้าไปในหลอดลมคอ (trachea) ภายหลังจากการเจาะคอ (tracheostomy) โดยใส่ผ่านผิวหนังและกล้ามเนื้อคอ เพื่อให้อากาศสามารถผ่านเข้าสู่หลอดลมและปอดโดยไม่ต้องผ่านช่องจมูกและลำคอส่วนบน และยังเป็นทางให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออกจากหลอดลม หรือดูดเสมหะออกจากหลอดลมได้ ลักษณะของท่อหลอดลมคอ เป็นท่อโค้ง 2 ชั้น ประกอบด้วย ท่อชั้นนอก (outer tube) และท่อชั้นใน (inner tube) สวมซ้อนกัน สามารถถอดแยกออกจากกันได้ ท่อชั้นในสามารถถอด และล้าง เสมหะออกได้ เพื่อป้องกันการอุดตันของเสมหะ เมื่อต้องใส่ระยะยาว ซึ่งชนิดของท่อหลอดลมคอ ท่อหลอดลมคอแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดพลาสติก และชนิดโลหะ

##### **การดูแลท่อหลอดลมคอหลังการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด**

1. ภายหลังจากการเจาะคอ จะมีเสมหะ หรือเมือกเหลวออกมา ทำให้หายใจไม่สะดวก ต้องดูดออกโดยใช้ลูกยางแดงที่ผ่านการล้างทำความสะอาดแล้ว บีบลมออกจากลูกยางแดงจนแบน แล้วใส่ปลายลูกยางแดงเข้าไปในหลอดลมคอให้ลึกประมาณ 1 นิ้ว ปล่อยมือที่บีบลูกยางแดงออก พร้อมกับให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออกมา ลูกยางแดงที่ใช้แล้ว ควรทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด กับสบู่, น้ำยาล้างจาน หรือ ผงซักฟอก หลังจากนั้นนำมาล้างและดูดล้างภายในด้วยน้ำร้อน ไม่ควรดูดเสมหะภายหลังรับประทานอาหาร

ทันที เพื่อป้องกันการอาเจียน ถ้ามีการสำลัก หรืออาเจียน ให้ใช้ลูกยางแดงดูดเศษอาหาร หรือน้ำลายออกจากท่อหลอดลมคอทันทีจนหมด

## 2. การป้องกันเสมหะอุดตันในท่อหลอดลมคอ

- ถอดหลอดลมคอชั้นใน (inner tube) ออกล้างทำความสะอาดทุก 4-6 ชั่วโมง หรืออย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง ขึ้นกับว่ามีเสมหะมาก หรือเหนียว หรือไม่ และควรถอดออกล้างทุกครั้ง ที่รู้สึกหายใจไม่สะดวก

- ภายหลังทำความสะอาดท่อหลอดลมคอชั้นในเสร็จแล้ว จะต้องนำมาใส่ให้กับผู้ป่วยทันที เพราะการถอดท่อหลอดลมคอชั้นในทิ้งไว้นานๆ ทำให้เสมหะแห้งกรัง อุดตันปลายท่อหลอดลมคอชั้นนอก จนทำให้ใส่ท่อหลอดลมคอชั้นในกลับลำบาก และเป็นสาเหตุของการหายใจไม่สะดวก

- ดื่มน้ำอุ่นๆ วันละ 8-10 แก้ว เพื่อให้เสมหะอ่อนตัว และขับออกมาได้ง่าย

- รับประทานยาละลายเสมหะ หรือขับเสมหะตามแผนการรักษา

3. ควรทำความสะอาดแผลเจาะคอ หมั่นเปลี่ยนผ้าก๊อกรองแผล เมื่อมีสิ่งคัดหลั่งออกจากแผลจำนวนมาก ทำให้เปียกแฉะ เปื้อนหรือสกปรก หรือภายหลังอาบน้ำ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

4. บริหารการหายใจเพื่อให้ออกซิเจนทั่วๆ ไป จะได้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนมากขึ้น โดยทำวันละหลายๆ ครั้ง ดังนี้

-นอนหงายราบ ชันเข่าทั้งสองข้างขึ้น หายใจเข้าลึกๆ เต็มที่จนท้องโป่ง และกลั้นหายใจไว้ประมาณ 3 วินาที

- หายใจออกทางปากช้าๆ ทำปากห่อคล้ายผิวปาก เพื่อให้อากาศออกจากปอดมากที่สุด

- ทำบ่อยๆ ประมาณ 8-10 ครั้ง/ ทุก 2 ชั่วโมง

5. ไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยขับเสมหะออกจากหลอดลมและปอด ทำวันละหลายๆ ครั้ง ดังนี้

- นั่งในท่าโน้มตัวไปข้างหน้า หรือครึ่งนั่ง ครึ่งนอน

- ก่อนไอ หายใจเข้า – ออกลึกๆ ประมาณ 4-5 ครั้ง สูดลมหายใจเข้า

เต็มที่ กลั้นไว้แล้วหายใจออกพร้อมกับไอแรงๆ 2-3 ครั้ง

6. ภายหลังการเจาะคอ ผู้ป่วยจะไม่มีเสียงพูดเหมือนปกติ ดังนั้นเมื่อต้องการสื่อสารกับผู้อื่น สามารถทำได้ดังนี้

- การเขียนบอกในกระดาษ

- ผู้ป่วยสามารถออกเสียง หรือพูดเป็นประโยคสั้นๆโดยใช้นิ้วมืออุดรูท่อนหลอดลมคอไว้ขณะพูดหรือสื่อสาร เป็นระยะเวลาช่วงสั้นๆ ให้มีเสียงเปล่งเป็นคำๆ ออกมา แต่อาจไม่สามารถพูดคุยตามปกติได้นาน หรือเป็นประโยค เพราะต้องเปิดท่อน้ำเพื่อรับอากาศหายใจ

- ใช้ภาษามือ ประกอบการใช้ริมฝีปากเวลาพูด

หากหมดสาเหตุของโรคแล้ว สามารถหายใจได้ทางจมูก ก็จะพูดได้ตามปกติ ยกเว้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียง ที่มีการตัดกล่องเสียงออก หรือผู้ป่วยที่หลอดลมส่วนบนตีบสนิท

1. ควรใช้ผ้าบางๆ หรือผ้าเช็ดหน้าปิดคอ หรือพันคอไว้ เมื่อออกจากบ้าน หรือในขณะที่เด็กดูดนมและรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันแมลง ผื่นละออง เศษอาหารหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าท่อนหลอดลมคอ และควรหลีกเลี่ยงการใช้แป้งฝุ่น

2. ควรดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบทุกประเภท รวมทั้งผักและผลไม้ (ครบ 5 หมู่) หลีกเลี่ยงการอยู่ในสิ่งแวดล้อม หรือชุมชนที่แออัด มีผื่นละออง ควันสารเคมี มลพิษ ที่ซึ่งมีอากาศเย็น หรือแห้งจัด ควรดูแลร่างกายให้อบอุ่น หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิอากาศอย่างรวดเร็ว ควรอยู่ในที่ที่อากาศถ่ายเทสะดวก ออกกำลังกายเท่าที่ทำได้ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง พยายามอยู่ห่างจากผู้ที่ไม่สบาย

3. ควรแปรงฟันหรือกลั้วคอ ก่อนและหลังรับประทานอาหาร และพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจสภาพฟัน และรับการรักษาทุก 6 เดือน เนื่องจากการที่มีสุขภาพฟันที่ไม่ดีเช่น มีฟันผุ มีคราบหินปูน หรือโรคเหงือก อาจเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคในช่องปาก ทำให้มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจบ่อย หรือ เป็นๆหายๆ

4. ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำ สระผมได้ตามปกติ แต่ต้องระวังไม่ให้น้ำกระเด็นเข้าหลอดลมคอ งดอาบน้ำด้วยฝักบัว งดการลงสระว่ายน้ำ หรือเล่นน้ำทุกชนิด (เช่นการสาดน้ำกัน) งดอาบน้ำในแม่น้ำลำคลอง และไม่ควรเดินทางทางน้ำ เช่นโดยสารเรือ หลีกเลี่ยงการออกจากบ้านเวลาฝนตก เพราะถ้าน้ำเข้าหลอดลมคอ จะทำให้สำลักน้ำ เนื่องจากกลืนหายใจไม่ได้ และอาจเกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิต

5. ผู้ป่วยสามารถทำภารกิจนอกบ้านได้ตามปกติ โดยต้องเตรียมท่อน้ำในที่ทำความสะอาดแล้วไปด้วย เพื่อสลับเปลี่ยนในช่วงเวลาที่อยู่นอกบ้าน

6. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เพราะท่อน้ำหลอดลมคอ และหลอดอาหาร แยกกันคนละส่วน จึงไม่มีปัญหาแต่อย่างใด เพียงแต่ต้องระมัดระวังไม่ให้อาหาร หรือน้ำกระเด็นหลุดลงไป โดยใช้ผ้าบางๆ ที่อากาศสามารถผ่านได้ มาคลุมปิดปากท่อน้ำไว้ ในขณะที่รับประทานอาหาร

7. การเปลี่ยนเชือกผูกท่อหลอดลมเอง ต้องทำด้วยความระมัดระวัง อย่าให้ท่อชั้นนอกหลุด ถ้าไม่แน่ใจควรมาเปลี่ยนที่โรงพยาบาล กรณีท่อหลอดลมคอชั้นนอก หรือในหลอดหาย หรือท่อหลอดลมคอทั้งชุด หลุดออกจากคอ ต้องรีบไปพบแพทย์ หรือไปสถานพยาบาลโดยด่วน เพื่อใส่ท่อหลอดลมคอใหม่ มิฉะนั้นอาจเกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิต

8. แพทย์จะถอดท่อหลอดลมค้อออก หลังจากรักษาสาเหตุของโรคที่ทำให้ต้องเจาะคอแล้ว และประการสำคัญคือผู้ป่วยสามารถหายใจได้ทางจมูกสะดวกดี

9. ควรมาพบแพทย์ตามกำหนดนัด อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่

- ท่อหลอดลมคอหลุด ท่อชั้นในหาย หรือใส่เข้าไม่ได้
- หายใจลำบาก หอบเหนื่อย แม้ว่าจะดูดเสมหะ หรือถอดล้างท่อชั้นในแล้วก็ตาม
- มีการติดเชื้อที่แผลเจาะคอเช่น มีไข้สูง ปวด บวม แดง มีหนองออกจากแผล
- มีเลือดออกจากท่อหลอดลมคอ หรือจากรอบๆท่อ
- มีการติดเชื้อในปอด หรือหลอดลม เช่น ไอมาก เสมหะข้น มีสีเขียว สีเหลืองและมีกลิ่นเหม็น และมีไข้ร่วมด้วย

เหม็น และมีไข้ร่วมด้วย

### การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยมะเร็งหลังผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด

การสื่อสารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่สูญเสียกล่องเสียงจากการรักษามะเร็งกล่องเสียงด้วยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด (Total laryngectomy) หรือได้รับการเจาะคอ (Tracheostomy) ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถใช้เสียงตามธรรมชาติในการสื่อสารได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเผชิญกับความยากลำบากในการพูดคุยกับผู้อื่น ซึ่งส่งผลต่อความมั่นใจ ภาวะจิตใจ และการมีส่วนร่วมในสังคม (American Cancer Society, n.d.)

การฝึกพูดจึงมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการสื่อสาร และส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยวิธีการฝึกพูดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้แก่ การฝึกใช้เสียงหลอดอาหาร (Esophageal speech) การใช้เครื่องช่วยพูด (Electrolarynx) และการพูดผ่านท่อเชื่อมระหว่างหลอดลมกับหลอดอาหาร (Tracheoesophageal puncture: TEP speech) ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีข้อจำกัดแตกต่างกันไป และควรได้รับการประเมินและฝึกฝนร่วมกับนักแก้ไขการพูดและทีมสหวิชาชีพ

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกพูดอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาสื่อสารได้ใกล้เคียงเดิมเท่านั้น แต่ยังส่งผลดีต่อด้านจิตใจ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และส่งเสริมให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี (Mayo Clinic, n.d.)

## การฝึกพูด (Speech Rehabilitation)

การประเมินการสื่อความหมายและการพูดในผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง แบบประเมินการฝึกพูดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด แสดงไว้ใน ตารางที่ 2 (ดูในสารบัญชตาราง) เพื่อวางแผนฟื้นฟูและเลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม (สมจินต์ จินดาวิจักษณ์ และคณะ 2557) รายงานว่า ในการพูดตามปกติต้องอาศัยอวัยวะที่ทำหน้าที่สำคัญ 3 อย่าง ได้แก่

1. อวัยวะกำหนดเสียง (Sound source) คือ กล่องเสียง

2. อวัยวะกำเนิดพลัง (Power source) คือ ปอดและทางเดินหายใจ

3. อวัยวะที่ใช้ในการแปรเสียง (Articulation) คือ ช่องปากและคอหอย การผ่าตัดกล่องเสียงจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียทั้งอวัยวะกำเนิดเสียง คือ กล่องเสียง และทางเดินหายใจแยกออกจากช่องทางการพูดโดยเด็ดขาด เหลือเพียงอวัยวะที่ปรับเปลี่ยนเสียง จึงมีความจำเป็นต้องฟื้นฟูให้มีอวัยวะ หรือเครื่องมือที่ทำหน้าที่ทดแทนกล่องเสียง และมีแหล่งพลังที่จะขับเคลื่อนให้เกิดเสียง ซึ่งในปัจจุบันมี 3 วิธี ได้แก่

### 3.1. การพูดผ่านช่องต่อระหว่างหลอดลมและหลอดอาหาร (tracheoesophageal speed)

โดยอาศัยการผ่าตัดเปิดช่องอาจใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์กล่องเสียงเทียม (Prosthesis)

เป็นวิธีการพูดที่อาศัยกลไกการพูดใกล้เคียงการพูดปกติมากที่สุด กล่าวคือ อาศัยปอดเป็นอวัยวะขับเคลื่อนผ่านหลอดลม โดยใช้นิ้วปิดทางออกของหลอดลมเพื่อให้ลมผ่านช่องแคบไปยังหลอดอาหารทำให้เกิดการสั่นสะเทือนบริเวณคอหอยก่อนออกมาเป็นเสียงพูด ทั้งนี้อาศัยการผ่าตัดเพื่อเปิดช่องระหว่างหลอดลมกับหลอดอาหาร โดยอาจจะใช้เทคนิคการผ่าตัดทำรูเชื่อม หรือใช้วัสดุที่ทำหน้าที่เป็นลิ้นทางเดียว (one-way valve) ใส่ไว้ในช่องดังกล่าวซึ่งโดยเทคนิคการผ่าตัดมีหลายวิธี ทั้งการเจาะเชื่อมหลอดลมและหลอดอาหาร ในขณะที่ผ่าตัดกล่องเสียง (Primary tracheoesophageal puncture : TEP) หรือทำภายหลังจากแผลหายดีแล้ว (Secondary tracheoesophageal puncture)

ข้อดีของการพูดวิธีนี้ คือ มีคุณภาพเสียงดีกว่าการพูดทั้งสองวิธี ในขณะที่โอกาสสำเร็จในการฝึกพูดมีสูงมากกว่า และใช้เวลาในการฝึกพูดสั้นกว่าการพูดโดยวิธีใช้หลอดอาหาร

ข้อเสียของวิธีนี้ คือ การพูดยังต้องใช้มือช่วยปิดรูที่หลอดลมคอทุกครั้งทีพูด ผู้ป่วยต้องมีสมรรถภาพปอดพอที่จะขับเคลื่อนลมผ่านขึ้นไปให้ได้ และรูที่เปิดมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น น้ำลายรั่วกลับเข้าหลอดลม การติดเชื้อ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเพิ่มเติม

ต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าอุปกรณ์ลิ้นปิด-เปิด ระหว่างหลอดลมและหลอดอาหารที่ต้องเปลี่ยนเมื่ออุปกรณ์เสื่อมสภาพผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการใช้ TEP สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถใช้งานได้ดี หากจะใช้วัสดุ (device) ต้องสามารถติดตามดูแลรักษาได้

การประเมินที่จำเป็นก่อนพิจารณาเลือกวิธีการพูด

1. รอยโรคของมะเร็งเพื่อประเมินขอบเขตการผ่าตัด

2.การประเมินแรงจูงใจในการฝึกพูด และโอกาสสำเร็จในการพูด

3.สมรรถภาพของปอด และร่างกายโดยรวม

4.ประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อ

### 3.2.การพูดด้วยหลอดอาหาร (Esophageal speed)

เป็นการพูดโดยใช้ลมในลักษณะของการเรอผ่านหลอดอาหารให้เกิดการสั่นสะเทือนของเนื้อเยื่อบริเวณคอหอย โดยผู้ป่วยต้องฝึกการกักลม และควบคุมลมผ่านหลอดอาหารซึ่งอาศัยทั้งการกลืน การเปิดปิดคอหอย และการหายใจเข้า ออก เพื่อควบคุมความดันในช่องอก ซึ่งทำให้เกิดเสียงที่มีความถี่ประมาณ 65 Hertz

ข้อดีของการพูดด้วยหลอดอาหาร คือ ถ้าพูดได้แล้ว สามารถพูดโดยไม่ต้องใช้เครื่องมือ หรือมือช่วย จึงสามารถสื่อสารได้เป็นธรรมชาติที่สุด โดยสามารถพูดไปด้วย ทำงานไปด้วยในลักษณะการพูดปกติ

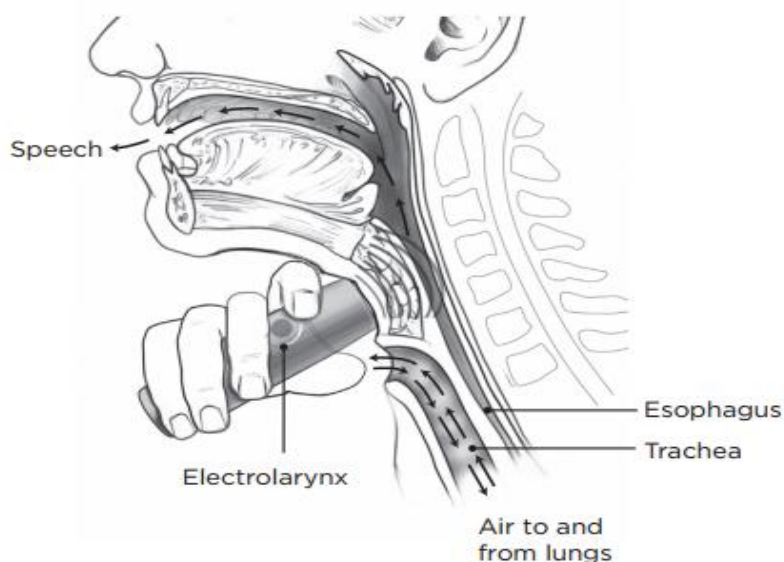
ข้อเสียที่สำคัญของการพูดด้วยหลอดอาหาร คือ ต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลานานกว่าจะสำเร็จ ในขณะที่โอกาสสำเร็จขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ซึ่งโดยเฉลี่ยอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ (ระหว่างร้อยละ 26 – 40 ) โดยที่ผู้ไร้กล่องเสียงต้องมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงพอที่จะฝึกอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการฝึกพูดด้วยหลอดอาหาร

-มีสมรรถภาพร่างกายแข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ดี

-มีแรงจูงใจในการฝึก

-สามารถติดตามเพื่อรับการฝึกอย่างต่อเนื่องได้

### 3.3.การใช้กล่องเสียงไฟฟ้า (Electrolarynx)



ภาพที่ 7 กล่องเสียงไฟฟ้า (Electrolarynx)

[https://www.mskcc.org/sites/default/files/node/26800/inline\\_images/laryn13.png](https://www.mskcc.org/sites/default/files/node/26800/inline_images/laryn13.png)

เป็นอุปกรณ์ไฟฟ้ากำเนิดแรงสั่นสะเทือนให้เกิดเสียงที่มีความถี่ใกล้เคียงกับเสียงพูด เพื่อส่งผ่านไปยังช่องปาก โดยส่วนใหญ่จะเป็นชนิดวางที่คอ (Neck placement device) ลักษณะการใช้งานจะต้องวางปลายที่สัมผัสสัมผัสบนผิวหนังที่คอ โดยต้องหาตำแหน่งที่จะทำให้เกิดเสียงชัดเจนที่สุด

ข้อดีของการใช้กล่องเสียงไฟฟ้า คือ ฝีกการใช้งานได้ง่ายที่สุด ไม่ต้องอาศัยการผ่าตัด และยังสามารถใช้ควบคู่กับวิธีฟื้นฟูการพูดแบบอื่นๆได้ เช่น ในระหว่างที่ยังฝึกพูดไม่ได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

ข้อเสียของการใช้กล่องเสียงไฟฟ้า คือ เสียงพูดจะมีลักษณะของเสียงสังเคราะห์ อาจจะฟังยาก โดยเฉพาะถ้าเป็นเสียงที่มีระดับเสียงเดียว (Mono tone) การใช้งานต้องใช้มือจับวางเครื่องมือในตำแหน่งที่เหมาะสม หากเคลื่อนที่เสียงก็จะหายไปได้ และที่สำคัญจะต้องมีการดูแลรักษาเครื่องมือ เปลี่ยนถ่าน หรือ ชาร์จไฟอยู่เสมอ

- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถฝึกพูดด้วยหลอดอาหาร หรือผ่าตัดเปิดช่อง (TE shunt) ได้
- ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพทางร่างกายอ่อนแอ โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ
- ผู้ป่วยต้องการใช้ในการสื่อสารระหว่างที่การฝึกพูดโดยวิธีอื่นยังไม่สัมฤทธิ์ผล
- แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าไม่มีข้อห้ามในการใช้เครื่อง เช่น มีผิวหนังที่คอหนาและแข็ง

ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการพูด

1.ขนาดของท่อเจาะคอ: หากท่อมีขนาดใหญ่เกินไปจนเบียดพื้นที่ในหลอดลม อากาศอาจไหลผ่านรอบท่อได้น้อย ทำให้พูดได้ยาก

2.ท่อแบบมีรูเจาะ (Fenestrated tube): ท่อประเภทนี้มีรูเล็ก ๆ เพิ่มเข้ามา ทำให้อากาศผ่านเข้าสู่สายเสียงได้มากขึ้น ช่วยให้หายใจและพูดได้สะดวกกว่า

ปัจจัยที่อาจทำให้การพูดล่าช้า

- 1.การฟื้นตัวด้านเสียงพูดอาจใช้เวลานานขึ้นในผู้ที่มีปัจจัยดังต่อไปนี้:
- 2.สายเสียงได้รับบาดเจ็บ
- 3.เส้นประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของสายเสียงเสียหาย
- 4.หลอดลมหรือทางเดินหายใจมีความเสียหายจากสาเหตุที่ต้องเจาะคอ

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ให้เกิดการยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลง การให้คำแนะนำช่วยเหลือให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลท่อหลอดลมคอและการฝึกพูดของตนเอง รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะการเกิดแผลบริเวณรอบท่อหลอดลมคอ ช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองรู้สึกว่าคุณค่า สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอื่นที่มีท่อหลอดลมคอหรือผู้ป่วยอื่นๆได้ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์และการได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัว จะเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตได้เป็นปกติสุขในสังคมและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

## บทที่ 4

### กรณีศึกษา

การศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด

#### 1. ประวัติและข้อมูลส่วนบุคคล

หญิงไทย อายุ 56 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย  
 นั้บถือศาสนา พุทธ สถานภาพ คู่ มีบุตร 2 คน (บุตรสาวอายุ 39 ปี)  
 ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ รับจ้าง  
 รายได้ของบุคคล 5,000-8,000บาท  
 ที่อยู่ปัจจุบัน อำเภอลานกระบือ จังหวัด กำแพงเพชร  
 สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพ

แหล่งที่มาของข้อมูล/ผู้ให้ข้อมูล 1. ผู้ป่วย 2. บุตรสาว 3. ฐานข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาลและวันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 23 เมษายน 2567

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาลครั้งที่2 วันที่ 16 พฤษภาคม 2567

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 29 พฤษภาคม 2567

ระยะเวลาที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล 46 วัน

#### 2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย อาการสำคัญ

การวินิจฉัย : มะเร็งกล่องเสียง (Larynx Carcinoma) ระยะที่4 T4a N1 M0 Stage IVA

การรักษาที่ได้รับ

ผ่าตัดครั้งที่ 1: การเจาะคอร่วมกับตัดชิ้นเนื้อ วันที่ 24 เมษายน 2567

ผ่าตัดครั้งที่ 2: การผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด วันที่ 17 พฤษภาคม 2567

เป้าหมายของการรักษา เพื่อให้หายขาด (Curative treatment)

#### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เจ็บคอกลืนติดรู้สึกมีอะไรติดในคอตลอด สำลักบ่อย เป็นมา 1 ปี ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้รับการรักษาเกี่ยวกับกรดไหลย้อน อาการไม่ดีขึ้น ต่อมามีอาการมากขึ้นมา1เดือน

#### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ปี ก่อนมีอาการเจ็บคอ กลืนติด รู้สึกมีอะไรติดในคอ และสำลักบ่อยไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้รับการรักษาเกี่ยวกับกรดไหลย้อน อาการไม่ดีขึ้น

มี.ค.2567 มีอาการไอ เจ็บคอ จุกแน่นบริเวณคอมากขึ้น

23 เมษายน 2567 จึงมารับการตรวจรักษาที่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้รับการตรวจและส่องกล้อง (Laryngoscopy) พบ mass at TVC , near total Occuld จึงได้รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยภาวะเร่งด่วน เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน ได้ ( Upper airway obstruction) แพทย์ พิจารณา admit เพื่อ tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy 24 เมษายน 2567 ผลชิ้นเนื้อพบเป็น Squamous cell carcinoma, well-differentiated at least

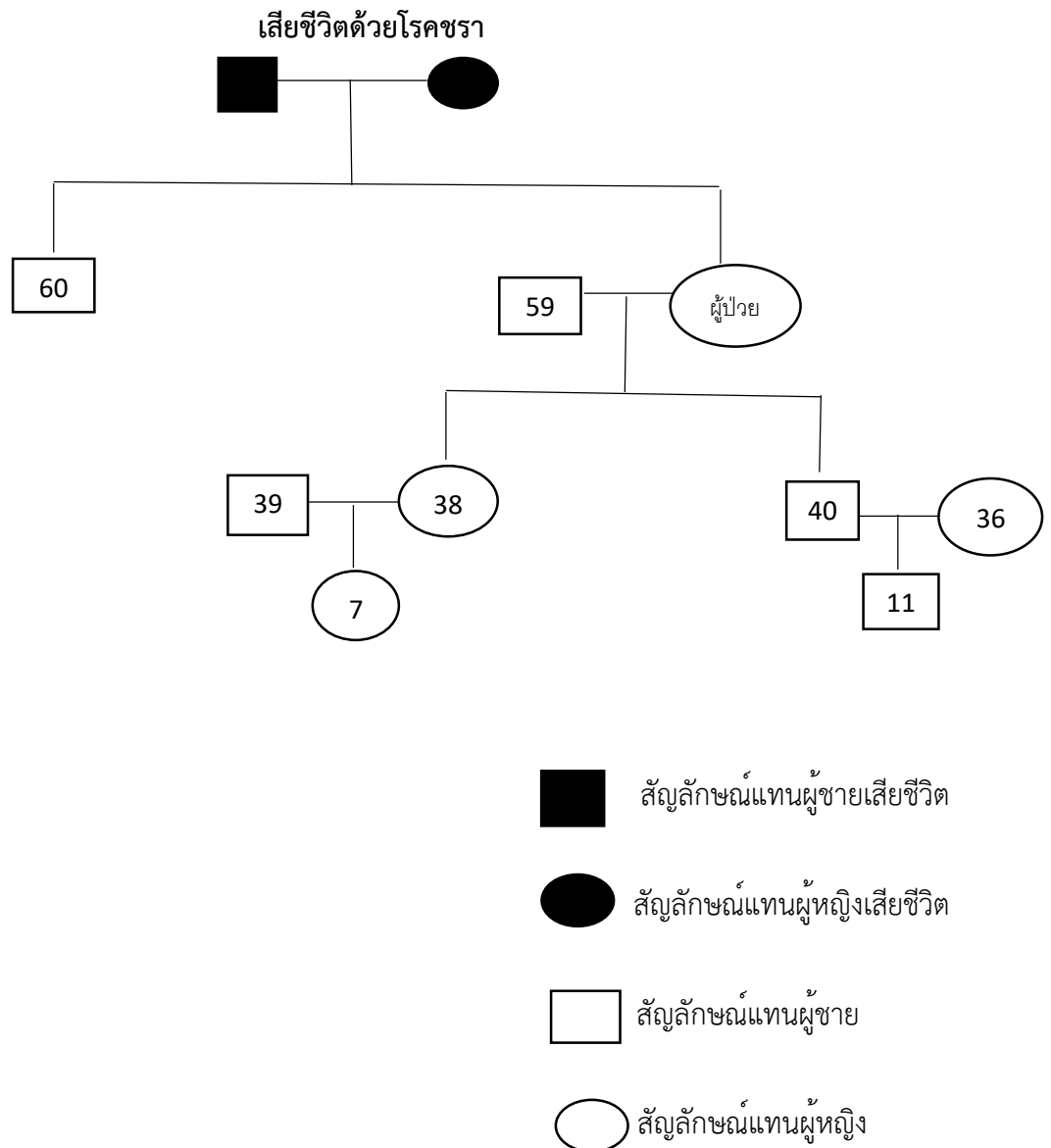
24 เมษายน 2567 ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจ Computerized Tomography Scan Neck (CT Oropharynx) เพื่อจัดระยะของโรคและวางแผนการรักษา

29 เมษายน 2567 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

16 พฤษภาคม 2567 ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดเอาก้อนเสียงออกทั้งหมด

#### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่เกี่ยวข้อง

โรคประจำตัว	: มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้รับประทานยา(หยุดยาเอง)
ประวัติการผ่าตัด	: ผ่าคลอด 2 ครั้ง
ประวัติการแพ้ยาและอาหาร	: ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร
ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา	: สูบบุหรี่ นาน 10ปี วันละ 2 มวน หยุดสูบบุหรี่ 5-6 เดือน : ดื่มสุรา นาน 30ปี วันละ1/2 ขวด หยุดดื่มสุรา 5-6 เดือน
ประวัติการใช้ยาสมุนไพร	: ต้มน้ำกระท่อมดื่ม ประมาณ 1 สัปดาห์ หยุดมา 5-เดือน
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	: บุคคลในครอบครัวปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม ทุกคนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง



### แผนภูมิที่1 แสดง Family Genograms

#### ลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

อาศัยอยู่บ้านของตนเองที่ จังหวัดกำแพงเพชร อากาศถ่ายเทสะดวก

#### ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี

#### สรุปภาวะสุขภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับไว้ในการดูแล (23 เมษายน 2567)

หญิงไทย อายุ 56ปี ผิวดำแดง รูปร่างเล็ก รู้สึกตัวดี สีหน้ามีความวิตกกังวลและคิ้วขมวด ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ประเมินทางเดินหายใจ ไม่มีหายใจเหนื่อย ไม่มีหายใจเสียงดัง มีอาการไอ เจ็บคอ จุกแน่นบริเวณคอ สำลักบ่อย รับประทานอาหารอ่อน ช่วยเหลือตนเองได้ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5

องศาเซลเซียส ชีพจร 70 –80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเตชจนในกระแสเลือด 99% น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) = 20.00 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>

### 3.การตรวจร่างกายและการประเมินภาวะสุขภาพ (23เมษายน2567)

#### 3.1 การประเมินร่างกายตามระบบ

#### การตรวจร่างกายและการประเมินภาวะสุขภาพ (23เมษายน2567)

ใบหน้า	ใบหน้ารูปไข่ สมมาตรกันทั้ง2ข้าง ไม่บวม ไม่มีรอยโรค ไม่มีแผลหรือผื่น คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง
ศีรษะ	กะโหลกศีรษะมีลักษณะปกติ ไม่พบอาการบวม
ผม	ผมสีดำยาวหยักศก มีการกระจายตัวของเส้นผมปกติ
ตา	ลักษณะตาสมมาตรทั้งสองข้างไม่มีตาโปนเยื่อบุตาไม่ซีดไม่มี discharge จากตา การมองเห็นไม่ชัดเจน เนื่องจากสายตาวาว ต้องใส่แว่น
หู	รูปร่างของใบหูสมมาตรทั้งสองข้างไม่มีอาการบวมแดงไม่มีอาการหูอื้อได้ยินเสียง ปกติไม่มีสิ่งคัดหลั่งที่รูหูทั้งสองข้าง
จมูก	มีลักษณะสมมาตรกันดีไม่มีอาการคัดจมูกไม่มี discharge ไหลออกจากจมูก การได้รับกลิ่นปกติ
ช่องปาก	ริมฝีปากสมมาตรดี ค่อนข้างแห้ง ช่องปากสะอาด ไม่มีเยื่อช่องปากอักเสบ บริเวณกระพุ้งแก้มมีสีชมพู ลิ้นไม่มีฝ้าขาว ลิ้นอยู่ในแนวกึ่งกลางได้รูป ไม่มี อักเสบทุ่มก่อน ลิ้นไก่รูปร่างปกติอยู่ในแนวกึ่งกลาง ฟันมีคราบหินปูน มีฟันผุ ฟันล่างโยก 1 ซี่
ลำคอ	ลำคออยู่ในแนวตั้งตรง สมมาตรกัน คลำไม่พบก้อนที่คอ การกลืนมีอาการกลืน อาหารลำบาก จุกแน่นในคอ สำลักอาหารบ่อย เสียงพูดแหบ พูดไม่ค่อยมีเสียง
ผิวหนัง	ลักษณะผิวสองสี ไม่มีผื่นที่ผิวหนัง ยืดหยุ่นดี ไม่พบอาการบวม อุณหภูมิจากการ สัมผัสปกติ ปลายเล็บซีดเล็กน้อย

ทรวงอก	ทรวงอกทั้ง 2 ข้างสมมาตรกัน ไม่พบอกบวม อกไก่ กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงไม่มีบวม ขณะหายใจเข้าและไม่โป่งพองขณะหายใจออก อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที
ปอด	การขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจเข้า – ออก สมมาตรกัน ไม่มีเสียงแทรกของ การหายใจ ฟังเสียงปอดปกติ หายใจไม่มีหายใจเหนื่อย ไม่มีหายใจเสียงดัง
หัวใจ	อัตราการเต้นปกติ ไม่มีเสียง Murmur
ช่องท้อง	ลักษณะหน้าท้องปกติ มีแผลจากการทำผ่าตัดคลอด เคาะบริเวณช่องท้อง ได้ยินเสียงโปร่ง
ระบบประสาท	ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในระดับ Alert การเคลื่อนไหวของร่างกายปกติความตึงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อปกติ ลักษณะของข้อเคลื่อนไหวได้ตามปกติ
ระบบประสาท	ระดับความรู้สึกตัว (Level of conscious) รู้สึกตัวดี พูดคุยโต้ตอบได้ดี การ เคลื่อนไหวของแขนขาปกติดี สามารถชี้ตำแหน่งสัมผัสได้ถูกต้อง Glasgow Coma scale: E 4 V5 M 6, Motor Power grade 5
Cranial nerves	<b>เส้นประสาทสมองคู่ที่ 1 (Olfactory nerve)</b> สามารถรับกลิ่นได้และบอกกลิ่น ได้ ถูกต้อง
	<b>เส้นประสาทสมองคู่ที่ 2 (Optic nerve)</b> สามารถอ่านหนังสือได้ในระยะ 1 ฟุต ได้ ถูกต้องชัดเจน มีลานสายตาเท่าผู้ตรวจ
	<b>เส้นประสาทสมองคู่ที่ 3, 4, 6 (Olfactory nerve, Trochlear nerve, Abducens nerve)</b> สามารถมองตามการเคลื่อนไหวของนิ้วได้ทุกตำแหน่งโดย ไม่ มีการสั่นหรือกระตุกของลูกตาและมีการถู่เข้าของตาทั้งสองข้างเท่ากัน รูม่าน ตา มี ขนาดประมาณ 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงหดเล็กลงเมื่อส่องด้วยไฟฉาย Consensual light reflex มีการหดพร้อมกันทั้งสองข้าง
	<b>เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (Trigeminal nerve)</b> คลำพบการเคลื่อนไหวของ Temporomandibular joint กระดูกขากรรไกรสามารถต้านแรงดันของฝ่ามือ ได้ สามารถรับสัมผัสที่ใบหน้าได้ถูกต้อง

**เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (Facial nerve)** การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหน้า โดย การยกคิ้ว หลับตาแน่น ผีวปาก ยิงฟันยิ้ม ทำแก้มบ่อง ผู้ป่วยสามารถทำได้ โดยหน้า สมมาตรกันทั้งสองข้าง ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่ารสเค็มเมื่อใช้เกลือแตะที่ ปลายลิ้น

**เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 (Acoustic nerve)** สามารถทวนคำกระซิบ 3 คำที่ ห่าง จากหูขวาประมาณ 2-3 ฟุต หูซ้ายทวนคำกระซิบ 3 คำ ห่างจากหูซ้าย ประมาณ 1 ฟุต

**เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10 (Glossopharyngeal nerve, Vagus nerve)** ขณะผู้ป่วยร้อง "อา" ลิ้นไก่ตั้งขึ้นตรง ไม่เอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง

**เส้นประสาทสมองคู่ที่ 11 (Accessory nerve)** ผู้ป่วยสามารถยกไหล่ หันหน้า ทางซ้ายและขวา ดันคาง ต้านแรงได้

**เส้นประสาทสมองคู่ที่ 12 (Hypoglossal nerve)** ผู้ป่วยสามารถตัวลิ้นไป ทาง ด้านซ้ายและขวาได้ และสามารถดันลิ้นในกระพุ้งแก้ม ต้านแรงของผู้ตรวจได้

กระตุกและ กล้ามเนื้อ	รูปร่างขนาดปกติสมมาตรกันทั้งสองข้าง การเคลื่อนไหวทั่วไปปกติ คลำไม่พบ อาการบวมของหลังมือ หลังเท้า แขนและหน้าแข้ง ข้อต่าง ๆ ไม่มีการอักเสบบวม แดง เคลื่อนไหวได้ตามปกติ เดินไม่เซ ไม่มีผิดปกติ ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ กระตุกสันหลังอยู่ในแนวกึ่งกลางของลำตัว ไม่มีหลังโก่งหรือหลังแอ่นผิดปกติ กล้ามเนื้อแขน ขา ไม่มีอ่อนแรง มีปวดเมื่อยเล็กน้อย
ระบบขับถ่าย	ทวารหนัก ไม่มีแผล หรือติ่งเนื้อ ขับถ่ายอุจ
ระบบสืบพันธุ์	ลักษณะอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ
ต่อมน้ำเหลือง	ต่อมน้ำเหลืองที่เกี่ยวข้องคือ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและลำคอจำนวน 9 ตำแหน่ง ดังนี้

1. หน้าหู : ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ
2. หลังหู : ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ
3. ท้ายทอย : ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ
4. ทอนซิล : ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ

5.ขากรรไกร : ไม่มีก้อน กัดไม่เจ็บ

6.ใต้คาง : ไม่มีก้อน กัดไม่เจ็บ

7.คอด้านหน้า: ไม่มีก้อน กัดไม่เจ็บ

8.คอด้านหลัง : ไม่มีก้อน กัดไม่เจ็บ

9.ไหปลาร้า : ไม่มีก้อน กัดไม่เจ็บ

**สรุป** จากการตรวจร่างกายในกรณีศึกษาพบอาการผิดปกติ

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง การตรวจภายในช่องปาก พบว่ามีปัญหาฟันผุ ฟันโยก 1 ซี่ และมีคราบหินปูนเป็นจำนวนมาก การตรวจลำคอพบอาการจุกแน่นในคอ กลืนอาหารลำบาก รับประทานอาหารสำคัญน้อย ร่วมกับมีเสียงแหบ พูดไม่ค่อยมีเสียง

### 3.2 การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลจากการสังเกต ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษ

#### แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ประเมินวันที่ 23 เมษายน 2567 ผู้ป่วยให้ประวัติสูบบุหรี่ นาน 10 ปี วันละ 2 มวน หยุดสูบบุหรี่ 5-6 เดือน ต้มสุรา นาน 30 ปี วันละ 1/2 ขวด หยุดต้มสุรา 5-6 เดือน ประวัติการใช้ยาสมุนไพร ต้มน้ำกระท่อมต้มประมาณ 1 สัปดาห์ หยุดมา 5 เดือน ต่อมาผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีอาการเจ็บคอ กลืนลำบาก ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์วินิจฉัยเกี่ยวกับโรคคออักเสบให้ยามารับประทาน แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงเข้ารับการตรวจรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ภายหลังได้ทราบแนวทางการรักษาโดยรับไว้ในโรงพยาบาล เพื่อเจาะคอเปิดทางเดินหายใจใหม่พร้อมทั้งตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา จึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจาะคอ การดูแลท่อเจาะคอขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ประเมินวันที่ 29 เมษายน 2567 ผู้ป่วยรับรู้ว่าการตรวจชิ้นเนื้อบริเวณกล่องเสียงพบมีเซลล์มะเร็ง จะต้องผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ในวันที่ 17 พฤษภาคม 2567 ทราบว่าการผ่าตัดและต้องเปลี่ยนช่องทางการสื่อสารไปตลอดชีวิต มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ระบุว่าโรคนี้นี้เป็นโรคร้ายแรงกลัวทรมาณ และกลัวการผ่าตัดซ้ำ

**สรุปปัญหาที่พบ** แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ พบปัญหาเรื่องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด

## แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ประเมินวันที่ 23 เมษายน 2567 ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อ ต่อมาเมื่อมีอาการเจ็บคอ กลืนลำบากบ่อย จึงปรับการรับประทานเป็นอาหารอ่อนวันละ 3 มื้อ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีน้ำหนักลดประมาณ 1-2 กิโลกรัม BMI ปัจจุบัน = 20.00 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>

ประเมินวันที่ 25 เมษายน 2567 ขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และนมทางการแพทย์ 1-2 แก้วต่อวัน

**สรุปปัญหาที่พบ** แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารพบปัญหาคือ ก่อนและหลังรับการผ่าตัด มีอาการกลืนลำบาก กลืนติด รับประทานอาหารได้ลดลง และแพ้ระวังการสำลักอาหาร

## แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ขณะอยู่บ้านผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 วัน/ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูกหรือถ่ายลำบาก ขณะอยู่โรงพยาบาลไม่มีอาการท้องผูก ถ่ายอุจจาระได้ปกติ ส่วนปัสสาวะขณะอยู่ที่บ้านปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง ไม่มีอาการถ่ายปัสสาวะลำบากหรือถ่ายกะปริบกะปรอย ไม่แสบขัด ขณะอยู่โรงพยาบาลก่อนผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะแสบขัดหรือปัสสาวะเป็นเลือด แต่หลังทำการผ่าตัด ได้คายสวนปัสสาวะไว้ วันที่ 18 พฤษภาคม 2567 มีปัสสาวะออกน้อย 25ml/2hr. ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ (urine sp.gr) 1.010 ปัสสาวะสีเหลืองใส ได้รับสารน้ำ Acetra 300 ml iv in 30 min และติดตามปัสสาวะให้ออกประมาณ 90 ml/2hr. (Keep urine 90 ml/2hr) หลังได้รับสารน้ำ Acetra ครบ ไม่มีปัญหาเรื่องปัสสาวะออกน้อย วันที่ 19 พฤษภาคม 2567 ผู้ป่วยได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะออก หลังถอดไม่มีปัญหาก่อนกลับบ้านปัสสาวะออกปกติ สีเหลืองใส ไม่มีเลือดปน

**สรุปปัญหาที่พบ** แบบแผนการขับถ่ายพบปัญหาคือ ปัสสาวะออกน้อย หลังการผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยคายสวนปัสสาวะออกมาจากห้องผ่าตัด และหลังผ่าตัดค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ (urine sp.gr) 1.010

## แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ประเมินวันที่ 23 เมษายน 2567 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ดูแลความเรียบร้อยของบ้าน ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำบุตรสาวแลหลานสาวมักจะให้ช่วยทำกิจกรรมเล็กน้อยที่บ้านและเดินออกกำลังกายรอบๆบ้านตอนเย็น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบการอ่อนแรงในส่วนใด เคลื่อนไหวกล้ามเนื้อทุกส่วนได้ปกติ ทรงตัวปกติ ตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี ไม่เจ็บหน้าอก คลำไม่พบหัวใจโต ฟังเสียงหัวใจ ไม่พบเสียงผิดปกติ เช่น Murmur คลำชีพจร ที่คอ แขน ขาหนีบและหลังเท้าสองข้างแรงสม่ำเสมอเท่ากันดี อัตราเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 70-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/54 มิลลิเมตรปรอท ปลายเล็บมือและเล็บเท้าไม่ซีด

**สรุปปัญหาที่พบ** แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย คือ ได้ออกกำลังกายเล็กน้อยจากกิจวัตรประจำวันและเดินออกกำลังกายช่วงเย็นของทุกวัน แต่หลังการเจ็บป่วยไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากมีท่อเจาะคอ มีอาการไอ มีเสมหะออกทางหลอดลมตลอดเวลา

#### แบบแผนที่ 5 การนอนหลับและพักผ่อน

ประเมินวันที่ 23 เมษายน 2567 ก่อนการเจ็บป่วย เข้านอนเวลาประมาณ 21.00 น. ตื่นเวลา 05.00 น. นอนหลับได้ไม่จำเป็นต้องใช้ยานอนหลับ และถ้ามีเรื่องเครียดจะ สวดมนต์

ประเมินวันที่ 16 พฤษภาคม 2567 ช่วงเข้ารับการรักษาผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด(การผ่าตัดครั้งที่2) ขณะรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยนอนหลับๆตื่นๆ มักตื่นมา กลางดึก เนื่องจากมีอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัดและระคายเคืองท่อหลอดลมคอ ไอ มีเสมหะมาก จากการสังเกตและการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยดูมีสีหน้าเพลียเล็กน้อย ไม่มีขอบตาคล้ำ สามารถหลับได้เป็นพักๆ ทั้งในเวลากลางวัน และกลางคืน

**สรุปปัญหาที่พบ** แบบแผนการนอนหลับและการพักผ่อน พบปัญหาการนอนหลับและพักผ่อน เนื่องจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับท่อหลอดลมคอและอาการรบกวนจากความปวดแผล

#### 6. สถิติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-perceptual-communication pattern)

ประเมินวันที่ 23 เมษายน 2567 ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยรู้จักสถานที่ เวลา บุคคลได้ปกติ การพูด การใช้ภาษาได้เป็นปกติและเหมาะสม สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่ต้องใช้แว่นตาในการอ่านหนังสือ หูได้ยินชัดเจนดี

**สรุปปัญหาที่พบ** แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้พบปัญหา

#### 7. มโนทัศน์แห่งตน/ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง (Self-perception-self-concept-emotion status pattern)

ประเมินวันที่ 23 เมษายน 2567 ผู้ป่วยรับรู้ตนเองว่าเป็นโรคมะเร็งกล่องเสียง ยอมรับสภาพของโรคได้ และคิดว่าเป็นโรคที่ไม่หายแต่รักษาได้ ยอมรับการรักษาและผลที่จะเกิดขึ้นได้ และยินยอมที่จะเข้ารับการรักษาผ่าตัดเพื่อตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา แต่เข้าใจความจำเป็นของการรักษาถ้าต้องเจาะคอและพร้อมเรียนรู้ในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด

ประเมินวันที่ 16 พฤษภาคม 2567 ช่วงก่อนเข้ารับการรักษาผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะตนเองจะไม่สามารถสื่อสารเหมือนเดิมได้ และไม่สามารถพูดคุ้ยได้ตามปกติ และจะต้องมีรูเปิดที่คอไปตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลกลัวต้องเป็นภาระบุตรลูกและหลานที่

ประเมินวันที่ 18 พฤษภาคม 2567 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรับรู้ที่ตนเองได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมดและไทรอยด์ข้างซ้ายถูกตัดออกไปด้วย ส่วนไทรอยด์ข้างขวายังคงอยู่เหมือนเดิม

**สรุปปัญหาที่พบ** แบบแผนมโนทัศน์แห่งตน/ ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง พบปัญหาคือ เห็นคุณค่าตัวเองลดลงและวิตกกังวลกลัวเป็นภาระของภรรยาบุตรลูกและหลานที่ต้องคอยดูแล

## 8. บทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role-relationship pattern)

ประเมินวันที่ 23 เมษายน 2567 ก่อนที่จะมีภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยอยู่บ้านทำงานเล็กน้อยที่บ้านรายได้หลักมาจากสามี บุตรชาย และบุตรสาว เมื่อทราบว่าตนเองเจ็บป่วย ก็ไม่ได้ทำงานเนื่องจากบุตรสาวให้พักผ่อนอยู่บ้าน สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวดี ขณะเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวดี ทุกคนให้กำลังใจผู้ป่วยมีบุตรสาวและลูกสะใภ้เป็นคนที่ดูแลเป็นหลักเมื่ออยู่บ้านและโรงพยาบาล สามีและญาติๆจะมาเยี่ยมช่วงวันหยุด วันเสาร์-อาทิตย์ ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่มีสุขภาพ ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี

**สรุปปัญหาที่พบ** บทบาทและสัมพันธ์ภาพไม่พบปัญหา

## 9. เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive pattern)

ประเมินวันที่ 23 เมษายน 2567 ผู้ป่วยหญิง อายุ 56 ปี สถานะภาพสมรส และผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ การแสดงออกทางเพศได้เหมาะสมตามวัย

**สรุปปัญหาที่พบ** เพศและการเจริญพันธุ์ไม่พบปัญหา

## 10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด (Coping – stress – tolerance pattern)

ประเมินวันที่ 23 เมษายน 2567 ก่อนที่จะมีภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเป็นคนใจเย็น มองโลกในแง่ดีถ้ามีอาการเครียด มีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษาสามีและลูกๆ แต่ถ้าเป็นปัญหาเล็กๆน้อยๆก็จะแก้ปัญหาและสามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง

ประเมินวันที่ 17 พฤษภาคม 2567 ขณะเจ็บป่วยอยู่โรงพยาบาล หลังเกิดได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมดและไทรอยด์ข้างซ้ายถูกตัดออกไปด้วย ในระยะแรก ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อถามถึงความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยบอกว่ากังวลกลัวจะเป็นภาระให้บุตรชาย บุตรสาว และสามี

**สรุปปัญหาที่พบ** แบบแผนการเผชิญปัญหาและการทนต่อความเครียด พบความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยบอกว่ากังวลกลัวจะเป็นภาระให้บุตรชาย บุตรสาว และสามี

## 11. คุณค่าและความเชื่อ (Value - belief – spiritual pattern)

ประเพณีวันที่ 23 เมษายน 2567 ก่อนการรักษาและเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ไปวัดในวันสำคัญทางศาสนา เช่น วันเข้าพรรษา ก่อนนอนมีสวดมนต์เป็นบางวัน มีความเชื่อว่าเจ็บป่วยครั้งนี้แล้วแต่บุญแต่กรรมทำมา แต่ยังอยากหายดี เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระให้บุตรชาย บุตรสาว และสามี

### สรุปปัญหาที่พบ แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ ไม่พบปัญหา

สรุป ประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบปัญหา

การผู้ป่วยหญิง อายุ 56 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกล่องเสียงระยะลุกลาม และเข้ารับการรักษาผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมดร่วมกับการเจาะคอเพื่อเปิดทางเดินหายใจถาวร ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยมีประวัติปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นเวลานาน รวมถึงเคยใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านมาก่อน

ภายหลังทราบผลวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด และการเปลี่ยนช่องทางการสื่อสารไปตลอดชีวิต อีกทั้งยังมีความกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระของครอบครัว โดยเฉพาะบุตรหลานที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการพูด ทำให้เกิดการลดคุณค่าในตนเองและส่งผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์

ในด้านร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอ กลืนลำบาก ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำหนักตัวลดลง โดยต้องปรับอาหารเป็นอาหารอ่อนร่วมกับนมทางการแพทย์ และต้องเฝ้าระวังภาวะสำลักอาหาร นอกจากนี้หลังการผ่าตัดพบภาวะปัสสาวะออกน้อยในระยะสั้น และมีการใช้สายสวนปัสสาวะชั่วคราวรวมทั้งพบปัญหาในการพักผ่อนและนอนหลับ เนื่องจากอาการเจ็บแผล ไอน์ และเสมหะจากหลอดลมคอ

ในด้านการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในชีวิตประจำวัน แต่มีข้อจำกัดด้านการออกกำลังกายจากท่อเจาะคอและอาการไอบ่อย ในขณะที่การรับรู้ สติปัญญา การสื่อสารก่อนการผ่าตัดยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ยังคงดี และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีความเชื่อทางศาสนาและมองโลกในแง่ดี แต่ยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตความสามารถในการใช้ชีวิต และบทบาทในครอบครัว ความเจ็บป่วยครั้งนี้จึงส่งผลกระทบต่อแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง

#### 4. การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆ

##### 4.1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจ : Hematology Examination

รายการ	หน่วยนับ	ค่าปกติ	ก่อนการผ่าตัด		หลังผ่าตัด		
			23เม.ย.67	16พ.ค.67	18พ.ค.67	19พ.ค.67	21พ.ค.67
White blood cell	10 <sup>3</sup> /ul	4.0-10.0	6.69	6.42	8.98	7.83	6.77
Red blood cell	10 <sup>6</sup> /ul	4.5-6.0	4.03	3.54 ↓	3.09 ↓	3.46 ↓	3.83 ↓
Hemoglobin	g/dL	13.0- 18.0	11.6 ↓	10.3 ↓	8.6 ↓	9.6 ↓	10.4 ↓
Hematocrit	%	40-54	35.1 ↓	30.1 ↓	25.9 ↓	27.9 ↓	31.2 ↓
Platelet	10 <sup>3</sup> /ul	150 – 400	233	288	205	173	233
Neutrophil	%	40 – 74	52.5	61.5	82.4 ↑	74.9 ↑	74.3 ↑
Lymphocytes	%	19 – 48	40.1	29.9	12.5 ↓	17.2 ↓	18.0 ↓
Monocytes	%	3.4 – 9.0	5.5	6.5	4.6	5.7	5.3
Eosinophil	%	0.5 – 0.8	1.5	1.6	0.4	1.9	2.1
Basophil	%	0.0 – 1.5	0.4	0.5	0.1	0.3	0.3
ANC	10 <sup>3</sup> /ul	risk >1.5	3.51	3.95	7.40	5.87	5.03
PT	Src.	11.8 – 14.4	11.0	-	-	-	-
INR	Src.		0.94	-	-	-	-
APTT	Src.	26.4 – 36.4	25.4	-	-	-	-

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

หมายเหตุ: ↓ หมายถึง ค่าต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ↑ หมายถึง ค่าสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

##### การวิเคราะห์ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (Hematology)

จากตารางที่ 2 พบค่า Hematocrit, Hemoglobin, Red blood cell count ต่ำกว่าปกติก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด วันที่ 23 เมษายน 2567 16,18-19, 21 พฤษภาคม 2567 บ่งบอกถึงภาวะมีโลหิตจาง (Anemia) เนื่องจากผู้ป่วยเคยเสียเลือดจากการผ่าตัด ทำให้มี Hct ลดลงต่ำกว่า 29.9 % แพทย์มีการรักษา โดยให้ LPRC 2 U หลังได้รับเลือด ค่า Hct 31.2 % ใน วันที่ 21 พฤษภาคม อยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์รับได้

พบค่า Neutrophil สูงกว่าปกติ วันที่ 16,18-19, 21 พฤษภาคม 2567 บ่งบอกถึงร่างกายมีการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด

พบค่า Lymphocyte ต่ำกว่าปกติวันที่ 16,18-19, 21 พฤษภาคม 2567 บ่งบอกถึง ภาวะ

โรคมะเร็ง การติดเชื้อ หรือร่างกายอยู่ในภาวะเครียดอย่างหนัก

จากผลของเม็ดเลือดแดงต่ำ ส่งผลทำให้มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำซึ่งเกิดจากการบกพร่องของเอนไซม์ที่มีเหล็ก เป็นส่วนประกอบของเซลล์ที่ทำหน้าที่ในระบบภูมิคุ้มกัน ธาตุเหล็กเป็นสารอาหารที่พบในโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ผู้ป่วยรายนี้บริโภคโปรตีนได้น้อย ร่วมกับอาการข้างเคียงหลังการผ่าตัด ทำให้ WBC Lymphocyte

### ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจ : biochemistry

รายการ	หน่วยนับ	ค่าปกติ	ก่อนการผ่าตัด		หลังการผ่าตัด						
			23 เม.ย. 67	16 พ.ค. 67	17 พ.ค. 67	18 พ.ค. 67	19พ.ค. 67	20 พ.ค. 67	21 พ.ค. 67	22 พ.ค. 67	
Glucose	mg/dl	74-106	110 ↑	-	-	-	-	-	-	-	-
BUN	mg/dl	6-20	18	-	-	11	8	-	6	-	-
Creatinine Serum	mg/dl	0.67- 1.17	0.62	-	-	0.81	0.72	-	0.66	-	-
GFR	ML/min/1	40-54	101	-	-	81	93	-	99	-	-
Total Protein	g/dl	6.6-8.7	7.3	-	-	-	-	-	-	-	-
Albumin	g/dl	3.97-4.94	4.5	-	3.9	3.1 L	(1) 3.0 ↓ (2) 2.9 ↓	2.9 ↓	3.2 ↓	3.6	-
Total Bilirubin	mg/dl	0.0-1.2	0.24	-	-	-	-	-	-	-	-
Direct Bilirubin	mg/dl	0.0-0.3	0.16	-	-	-	-	-	-	-	-
AST(SGOT)	u/L	0-32	24	-	-	-	-	-	-	-	-
ALT(SGPT)	u/L	0-33	18	-	-	-	-	-	-	-	-
ALP(Alk.Phosphatase)	u/L	35-104	62	-	-	-	-	-	-	-	-
Sodium	mmol/L	136-145	141	142	134 ↓	138	140	-	142	-	-
Potassium	mmol/L	3.5-5.1	3.80	3.58	3.84	3.70	3.58	-	3.87	-	-
Chloride	mmol/L	98-107	102	107	99.4	106	106	-	104	-	-
CO2	mmol/L	22-29	29.0	27.0	27.9	24.0	27.0	-	27.0	-	-
Calcium	mg/dl	8.6-10.0	-	-	8.60	7.87 ↓	(1) 8.25 ↓ (2) 8.37 ↓	8.21 ↓	8.68	9.12	-

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

หมายเหตุ: ↓ หมายถึง ค่าต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ↑ หมายถึง ค่าสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

การวิเคราะห์ผลตรวจทางโลหิตวิทยา (Biochemistry)

**จากตารางที่ 3** พบค่า Albumin ต่ำ ในวันที่ 18-21 พฤษภาคม 2567 ซึ่ง albumin เป็นโปรตีนที่สร้างจากตับเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของน้ำเหลืองของเลือด ระดับ albumin เป็นการบ่งบอกความสมดุลของการสร้างที่ตับและการขับ albumin ออกทางไตพบว่า albumin จะเป็นสัดส่วนได้ประมาณ 60 เปอร์เซ็นต์ ของ Total protein ที่ผลิตจากตับ albumin ทำหน้าที่สร้างความเข้มข้นขึ้นในหลอดเลือดจะก่อให้เกิดความดันออสโมติก (osmotic pressure) ป้องกันสารอาหารมิให้รั่วซึมออกมาภายนอกหลอดเลือด นอกจากนี้ อัลบูมินยังมีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การทำหน้าที่เป็นพาหะขนส่งฮอร์โมน เอนไซม์ แร่ธาตุ

พบค่า Sodium ต่ำ ในวันที่ 17 พฤษภาคม 2567 หลังผ่าตัด บ่งบอกถึงภาวะขาดโซเดียมเนื่องจากร่างกายอาจสูญเสียของเหลวและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย รวมถึงโซเดียม คลอไรด์ และโพแทสเซียม การสูญเสียจำนวนมากเกินไปโดยที่ไม่ได้รับการทดแทนเพียงพอจะทำให้ปริมาณน้ำในเลือดลดลง ความเข้มข้นของโซเดียมในเลือดต่ำลง ร่างกายตอบสนองทางฮอร์โมนโดยการปล่อยฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (Antidiuretic Hormone, ADH) เพื่อช่วยเก็บน้ำในร่างกาย ADH จะเพิ่มการดูดซึมน้ำกลับที่ไต ทำให้ระดับน้ำในเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้โซเดียมในเลือดเจือจางลงและเกิดภาวะโซเดียมต่ำ (Verbalis, J. et al., 2013) แต่เนื่องจากค่อย ๆ ลดต่ำลงทีละน้อย และอยู่ในระดับ Mild hyponatremia จึงยังไม่มีอาการแสดงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

พบค่า Calcium ต่ำ หลังผ่าตัด ในวันที่ 18-20 พฤษภาคม 2567 แคลเซียม เป็นแร่ธาตุที่จำเป็นต่อร่างกายและควรได้รับอย่างเพียงพอ โดยร่างกายจะ ดูดซึม เข้าไปจากอาหารที่กินเพื่อช่วยให้โครงสร้างร่างกายแข็งแรงทั้งกระดูกและฟัน ป้องกันโรคกระดูกพรุน มีส่วนเกี่ยวข้องกับการหดและคลายตัวของหลอดเลือด การทำงานของกล้ามเนื้อและหัวใจ เกิดจากการที่ร่างกายสูญเสียปริมาณแคลเซียม หรือไม่สามารดูดซึมแคลเซียมจากอาหารได้เท่าที่ควร หรือมีระดับวิตามินดีในร่างกายต่ำ ทำให้ดูดซึมแคลเซียมได้ยากขึ้น และอาจเป็นผลข้างเคียงจากโรคหรือการใช้ยาต่างๆ เช่น โรคตับ ตับอ่อนอักเสบ ไตวาย การใช้ยาเคมีบำบัด การถ่ายเลือด รวมไปถึงภาวะเครียด หรือวิตกกังวลอย่างรุนแรง

ผู้ป่วยที่มีแคลเซียมในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มักมีอาการ เวียนศีรษะ เป็นตะคริว ชาบริเวณใบหน้า มือ และฝ่าเท้า กระดูกเปาะ ทรงตัวลำบาก มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ และอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย

ตารางที่ 4 แสดงผลการตรวจ Urine examination 21 พฤษภาคม 2567

รายการ	ค่าปกติ	ผลตรวจ
Color		Yellow
Appearance		Slightly turbid
Sp. Gravity	1.002-1.030	1.010
pH		6.5
Protein	Negative	Negative
Glucose	Negative	Negative
Ketone	Negative	Negative
Blood	Negative	Negative
Leukocyte	Negative	Negative
Nitrite	Negative	Negative
Bilirubin	Negative	Negative
Urobilinogen	0.2-1.0	Negative
RBC	0-2 Cells / HPF	0-2
WBC	0-5 Cells / HPF	0-5
Sq. Epithelial	0-5 Cells / HPF	0-5
Mucous thread		Trace
Bacteria		Few

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

จากการวิเคราะห์ผลการตรวจ Urine examination

จากตารางที่ 4 ผลการตรวจปัสสาวะ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 5 แสดงผลการตรวจ : Immunology 23 เมษายน 2567

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลทางห้องปฏิบัติการ
HBsAg	Negative	Negative
Anti HIV	Negative	Negative

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การวิเคราะห์ผลการตรวจทาง Immunology

จากตารางที่ 5 พบว่าผลการตรวจระบบภูมิคุ้มกันวิทยาอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถผ่าตัดได้

ตารางที่ 6 แสดงผลการตรวจเลือดเพาะเชื้อ

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลทางห้องปฏิบัติการ
Hemoculture ขวดที่ 1	No growth	No growth
Hemoculture ขวดที่ 2	No growth	No growth

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การวิเคราะห์ผลการตรวจเลือดเพาะเชื้อ

จากตารางที่ 6 พบว่าผลการตรวจเลือดเพาะเชื้อ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

#### 4.2 ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ

ตารางที่ 7 แสดงผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

วันที่/ผลการตรวจ	การแปลผล
24 เมษายน 2567 Glottis, biopsy; Glottis,  -Squamous cell carcinoma, well-differentiated at least	ตรวจพบเซลล์มะเร็งชนิด Squamous cell carcinoma, well-differentiated at least

ตารางที่ 7 แสดงผลการตรวจทางพยาธิวิทยา(ต่อ)

วันที่/ผลการตรวจ	การแปลผล
<p>17 พฤษภาคม 2567</p> <p><b>Larynx with tumor: Involved right posterior mucosal margin</b></p> <p>Diagnosis :</p> <p>A. Larynx;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moderately differentiated conventional squamous cell carcinoma</li> <li>- Location: Supraglottis</li> <li>- Tumor size: 3.3 x 3.2 x 2.9 cm</li> <li>- Invading the paraglottic space</li> <li>- No invasion of the postcricoid area, pre-epiglottic space, or inner cortex of the thyroid cartilage detected</li> <li>- Presence of lymphatic invasion</li> <li>- The distances to the resection margins are elaborated in the Gross Description.</li> </ul> <p>B. Lymph nodes, group II, right cervical;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metastatic squamous cell carcinoma (1/2) without extranodal</li> <li>- The largest metastatic deposit size: 1.0 cm in diameter microscopically</li> </ul> <p>C. Posterior esophageal wall;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Involved by squamous cell carcinoma</li> </ul>	<p>กล่องเสียง</p> <p>ตรวจพบมะเร็งเซลล์สความัส ชนิดปกติระดับปานกลาง (Moderately differentiated conventional squamous cell carcinoma)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตำแหน่ง: supraglottis</li> <li>- ขนาดก้อน: 3.3 x 3.2 x 2.9 ซม.</li> <li>- ลุกกลามเข้า paraglottic space</li> <li>- ไม่พบการลุกลามไปยัง postcricoid area, pre-epiglottic space หรือเนื้อด้านในของกระดูกอ่อนไทรอยด์</li> <li>- พบการลุกลามที่ต่อมน้ำเหลือง</li> <li>- ระยะห่างจากขอบการตัดอธิบายไว้ในส่วน</li> </ul> <p>Gross Description</p> <p>B. ต่อมน้ำเหลืองคอขวา กลุ่ม II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พบมะเร็งเซลล์สความัสแพร่กระจาย (1/2 ต่อมน) โดยไม่พบการลุกลามออกนอกต่อมน (extranodal)</li> <li>- ขนาดการแพร่กระจายที่ใหญ่ที่สุด: 1.0 ซม.</li> </ul> <p>C. ผนังหลอดอาหารด้านหลัง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พบการลุกลามของมะเร็งเซลล์สความัส</li> </ul>

ตารางที่ 8 แสดงผลการตรวจพิเศษทางด้านรังสีวินิจฉัย

วันที่/ผลการตรวจ	การแปลผล
<p><b>23 เมษายน 2567</b></p> <p>Chest PA Digital</p> <p>FINDINGS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No active pulmonary infiltration or definite nodule is seen.</li> <li>-No pleural effusion or hilar adenopathy is detected.</li> <li>-Cardiac shadow is normal in size.</li> <li>-Old fracture at left 3rd to 8th ribs.</li> </ul> <p>IMPRESSION:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No demonstrated active chest disease.</li> <li>- Old fracture at left 3rd to 8th ribs.</li> </ul>	<p>ภาพถ่ายรังสีทรวงอก</p> <p>ผลการตรวจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ไม่พบพยาธิสภาพการอักเสบในปอดหรือก้อนเนื้อที่ชัดเจน</li> <li>-ไม่พบภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือการโตของต่อมน้ำเหลืองบริเวณซั้วปอด</li> <li>-เงาหัวใจมีขนาดปกติ</li> <li>-พบร่องรอยกระดูกซี่โครงซ้ายหักเก่า ตั้งแต่ซี่ที่ 3 ถึงซี่ที่ 8</li> </ul> <p>สรุปผลการตรวจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ไม่พบโรคทรวงอกที่กำลังดำเนินอยู่</li> <li>-พบรอยโรคเก่ากระดูกซี่โครงซ้ายหัก ตั้งแต่ซี่ที่ 3 ถึงซี่ที่ 8</li> </ul>
<p><b>24 เมษายน 2567</b></p> <p>CT OROPHARYNX AND NECK WITH CONTRAST</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidence of tracheostomy tube is in place.</li> <li>- Minimal subcutaneous emphysema along anterior neck, probably post operative change.</li> <li>- An about 1.8x1.9x1.8-cm soft tissue lesion at oropharynx and hypopharynx, causing complete airway obstruction.</li> <li>- Centrilobular and paraseptal emphysema at visualized apical lungs</li> </ul>	<p>การตรวจ CT บริเวณคอหอยส่วนปากและลำคอ ร่วมกับการให้สารทึบรังสี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พบหลอดเจาะคอ (tracheostomy tube) อยู่ในตำแหน่ง</li> <li>-พบภาวะอากาศในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังเล็กน้อย บริเวณด้านหน้าลำคอ ซึ่งน่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงภายหลังการผ่าตัด</li> <li>- พบก้อนเนื้อเยื่ออ่อนบริเวณคอหอยส่วนปาก และส่วนล่าง ขนาดประมาณ 1.8 x 1.9 x 1.8 ซม. ซึ่งก่อให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจโดยสมบูรณ์</li> <li>- พบต่อมน้ำเหลืองขนาดไม่เกิน 1 ซม. หลายต่อมบริเวณคอด้านซ้ายและขวาในตำแหน่งระดับ Ia, Ib และ II (เส้นผ่านศูนย์กลางแนวสั้นสูงสุด 0</li> </ul>

## การวิเคราะห์ผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ

จากตารางที่ 7 ตรวจพบมะเร็งเซลล์ความสี่ชนิดปกติระดับปานกลาง Moderately differentiated conventional squamous cell carcinoma พร้อมทั้งมีการลุกลามไปบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่คอกลุ่ม II (1/2 ต่อมน) โดยไม่พบการลุกลามออกนอกต่อมน (extranodal) และยังมีมีการลุกลามไปยังผนังหลอดอาหารด้านหลัง

## 5.แผนการรักษาที่ได้รับ (สรุปแผนการรักษาของแพทย์)

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด (17 พฤษภาคม 2567)

## 6.วิเคราะห์และเปรียบเทียบทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

ตารางที่10 เปรียบเทียบกรณีศึกษากับข้อมูลทางวิชาการ

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>อุบัติการณ์</b></p> <p>มะเร็งกล่องเสียง (Laryngeal cancer) และมะเร็งช่องคอส่วนล่าง (Hypopharyngeal cancer) เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอที่สำคัญ มะเร็งกล่องเสียงสามารถเกิดได้กับกล่องเสียงในทุกตำแหน่ง โดยในคนไทย พบมะเร็ง ที่ กล่องเสียง ส่วนที่อยู่เหนือสายเสียงมากที่สุด รองลงมา คือ กล่องเสียงส่วนสายเสียง และ กล่องเสียงส่วนที่อยู่ใต้สายเสียง</p>	<p>ผู้ป่วย อายุ 56 ปี ปี Diagnosis: CA Larynx</p>
<p><b>สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง</b></p> <p>บุหรี และสุรา เป็นความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งกล่องเสียง รวมถึงมะเร็งศีรษะและคออื่นๆด้วย ทั้งนี้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและปริมาณที่สูบบุหรี และดื่มสุรา นอกจากนี้พบว่าเมื่อแยกเป็นบริเวณที่เกิดโรค บุหรีมีความสัมพันธ์กับมะเร็งในระดับเส้นเสียง (Glottis) ในขณะที่สุราสัมพันธ์กับมะเร็งบริเวณ Supraglottis</p> <p><b>โรคกรดไหลย้อน(Laryngoesophageal Reflux)</b> เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ก่อให้เกิดมะเร็งกล่องเสียง เนื่องจากการระคายเคืองกล่องเสียงจากกรด เป็นระยะเวลานาน อย่างไรก็ตาม Laryngoesophageal Reflux</p>	<p>ผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยง คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-สูบบุหรี นาน 10 ปี วันละ 2 มวน หยุดสูบบุหรี 5-6 เดือน</li> <li>-ดื่มสุรา นาน 30 ปี วันละ 1/2 ขวด หยุดดื่มสุรา 5-6 เดือน</li> <li>-ประวัติการฉายาสมุนไพรร ตมน้ำกระท่อมดื่มประมาณ 1 สัปดาห์ หยุดมา 5 เดือน</li> </ul>

## 6.วิเคราะห์และเปรียบเทียบทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

### ตารางที่10 เปรียบเทียบกรณีศึกษากับข้อมูลทางวิชาการ (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><u>สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง(ต่อ)</u></p> <p>ไม่ได้มีเพียงกรดเท่านั้น แต่บางการศึกษาที่มีความเชื่อว่าน้ำดีสามารถไหลย้อนขึ้นมาได้ ความเป็นต่างของน้ำดีก็สามารถระคายเคืองเนื้อเยื่อกล่องเสียงได้ อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาที่เชื่อว่าแม้ Laryngoesophageal Reflux จะมีความสัมพันธ์กับมะเร็งกล่องเสียงก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานยืนยันแน่ชัด เนื่องจากไม่สามารถแยกผู้ป่วยออกจากปัจจัยก่อโรคอื่นๆ อย่างบุหรี่และสุราได้</p> <p><b>การสัมผัสสารพิษ</b> มีการศึกษาพบว่าสารพิษที่ได้รับจากการทำงาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งกล่องเสียง ได้แก่ ฝุ่นซีลีเนียม ฝุ่นโลหะ ฝุ่นหินและซีเมนต์ การสูดดมน้ำมันดีเซล น้ำมันแร่ แร่ใยหิน สารละลายอินทรีย์ กรดซัลฟูริก และแก๊สพิษ เป็นต้น</p> <p><b>Human Papillomavirus</b> เป็นสาเหตุของมะเร็งศีรษะและคอ โดยเฉพาะมะเร็งคอหอย (Oropharyngeal Cancer) สำหรับมะเร็งกล่องเสียงนั้น ไม่พบหลักฐานแน่ชัดของ HPV กับการเกิดมะเร็งกล่องเสียง แต่พบว่าการติดเชื้อ HPV เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกล่องเสียง โดยเฉพาะ HPV 16</p>	
<p><u>อาการและอาการแสดง</u></p> <p>1.เสียงแหบ (Hoarseness) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงคุณภาพของเสียง โดยปกติคุณภาพของเสียงขึ้นอยู่กับขนาดของกล่องเสียงและสายเสียง ความบางเรียบของสายเสียงและความสามารถเคลื่อนขยับของสายเสียง เสียงแหบเป็นอาการแสดงที่สำคัญของมะเร็งกล่องเสียง ส่วน Glottis มักจะมีเสียงแหบแห้ง ระดับเสียงต่ำกว่าปกติ เนื่องจากสายเสียงทำหน้าที่ได้ไม่ดีจากความไม่เรียบความขรุขระของสายเสียง การอุดกั้นหรือแคบลงของ Glottis หรือเมื่อมีการลุกลามไปถึงกล้ามเนื้อสายเสียง</p> <p>2.หายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการแสดงระยะท้ายของกล่องเสียงอุดตัน เกิดจากการที่ก้อนโตขึ้น การสะสมคั่งค้างของเศษเนื้อที่ตาย(Debris) และเสมหะทำให้อุดตันทางเดินหายใจ หรือการที่สายเสียงถูกเบียดอยู่ในตำแหน่งชิดกันจนไม่สามารถเคลื่อนขยับได้ ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากและหายใจมีเสียงดัง</p>	<p>ผู้ป่วยรายนี้ มีอาการ 1 ปีก่อนมีอาการเจ็บคอ กลืนติด รู้สึกมีอะไรติดในคอ และสำลักอาหารบ่อย ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้รับการรักษาเกี่ยวกับกรดไหลย้อน อาการไม่ดีขึ้น ยังมีอาการสำลักอาหารบ่อยขึ้น เสียงเริ่มเปลี่ยน จุกแน่นในคอ</p> <p>-จากการส่องกล่องตรวจกล่องเสียง พบก้อนเนื้อบริเวณสายเสียงทั้งสองข้าง</p>

## 6.วิเคราะห์และเปรียบเทียบทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

### ตารางที่10 เปรียบเทียบกรณีศึกษากับข้อมูลทางวิชาการ (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>อาการและการตรวจร่างกายที่พบ(ต่อ)</b></p> <p>โดยปกติผู้ป่วยมะเร็งส่วน Glottis จะหายใจมีเสียงดังช่วงหายใจเข้าและหายใจออก เนื่องจากมีรอยโรคหรือการตีบตันอยู่ที่สายเสียงต่างจากผู้ป่วยมะเร็ง ส่วน supraglottis ที่มีการตีบแคบเหนือสายเสียงซึ่งเป็นทางเข้าของลมหายใจจะมีเสียงดังช่วงหายใจเข้าและต่างจากผู้ป่วยมะเร็ง ส่วน supraglottis ที่มีการตีบแคบต่ำกว่าสายเสียงมักจะมีเสียงดังช่วงหายใจออก</p> <p>3.ไอ (Cough) และอาการไอเป็นเลือด (Hemoptysis) อาจเกิดขึ้นขณะที่ก้อนโตขึ้น ความรู้สึกคันในคอ ระคายเคืองคอ จุกแน่นในคอ พบได้ในผู้ป่วยเหล่านี้ และจากการที่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงบริเวณรอบๆก้อนมะเร็งเป็นจำนวนมาก การเป็นแผลที่ก้อน จึงทำให้มีเลือดออกได้ในขณะที่ไอ และอาจเกิดจุดตันของทางเดินหายใจได้ถ้าเลือดออกมาก</p> <p>4.กลืนลำบาก (Odynophagia) และการกลืนแล้วเจ็บ (Dysphagia) เป็นอาการที่พบมากในมะเร็งส่วนฐานของลิ้น supraglottis, superior hypopharynx บริเวณ pyriform และ postcricoid อาจจะมีรูสึกแน่นในคอ กลืนลำบาก กลืนแล้วเจ็บและอาจจะบ้วนน้ำลายบ่อยๆ ส่วนมะเร็ง ส่วน glottis เมื่อมีอาการดังกล่าว มักแสดงว่าโรคได้ลุกลามมากแล้ว หรือออกนอกกล่องเสียงแล้ว</p> <p>5.เจ็บปวด (Pain) เจ็บคอ (sore throat) พบได้บ่อยๆในมะเร็งส่วน superior hypopharynx,epiglottis, pyriform sinus อาการเจ็บปวดมีตั้งแต่ความรู้สึกเจ็บเหมือนขีดข่วน(Scarching sensation) ถึงปวดมากเหมือนถูกของมีคมทิ่มแทง(sharp pain or stabbing pain) อาการเจ็บปวดที่คอข้างเดียว(Unilateral pain) เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดของมะเร็ง ส่วน supraglottis และ pyriform sinus</p> <p>6.มีกลิ่นปาก (Halitosis) พบในผู้ป่วยเหล่านี้เนื่องจาก การรักษาความสะอาดของปาก ฟันไม่ดี หรือจากการมีเนื้อตาย (Necrosis) ของก้อนหรือมีการอักเสบ</p> <p>7.น้ำหนักลด (Weight loss) น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อาจเป็นการที่แสดงว่า มะเร็งมีการแพร่กระจายไปนอกกล่องเสียง หรือกระจายไปไกลยังอวัยวะอื่นๆ โดยทั่วไปเป็นผลสืบเนื่องจากการปิดกั้นทางเดินอาหาร</p>	

## 6.วิเคราะห์และเปรียบเทียบทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

### ตารางที่10 เปรียบเทียบกรณีศึกษากับข้อมูลทางวิชาการ (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>อาการและการตรวจร่างกายที่พบ(ต่อ)</b></p> <p>8.คอบวม มีก้อนที่คอ อาจพบต่อมน้ำเหลืองโต เนื่องจากการกระจายของมะเร็ง</p> <p>9.เจ็บที่กล่องเสียง อาจเกิดในระยะหลังๆของโรคได้เนื่องจากกระดูกอ่อน Thyroid เยื่อหุ้มกระดูกอ่อนซึ่งมะเร็งลุกลามมาถึงเกิดการอักเสบ</p>	
<p><b>การวินิจฉัยและการส่งตรวจเพิ่มเติม</b></p> <p>การวินิจฉัยมะเร็งกล่องเสียงมีความจำเป็นต้องใช้การตรวจทางพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อ บริเวณรอยโรค ตามมาตรฐานใช้การส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อในช่องผ่าตัด (Direct Laryngoscope with Biopsy) ซึ่งนอกจากจะได้ชิ้นเนื้อแล้วยังสามารถประเมินการลุกลามของรอยโรคได้อีกด้วย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันสามารถตัดชิ้นเนื้อภายใต้การฉายาเฉพาะที่ ผ่านการส่องกล้อง Flexible Laryngoscope ได้</p> <p>การตรวจเพิ่มเติมภาพถ่ายรังสีเป็นส่วนสำคัญเป็นการประเมินการลุกลามของมะเร็งกล่องเสียง โดย CT (Computed Tomography scan) เป็นการตรวจเพิ่มเติมที่ใช้บ่อยที่สุดในการประเมินผู้ป่วย นอกจากนี้อาจเลือกใช้ MRI (Magnetic Resonance Imaging) ทั้งนี้ในการทำ CT scan ควรเลือกทำทั้งบริเวณคอ เพราะนอกจากการประเมินการลุกลามของมะเร็งภายในกล่องเสียงแล้วยังต้องดูการแพร่กระจายไปยัง</p>	<p>ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการส่งตรวจดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy 24เมษายน 2567</li> <li>- CT Oropharynx and neck with contrast</li> <li>- พบก้อนเนื้อบริเวณคอหอยส่วนปากและส่วนล่าง ขนาดประมาณ 1.8 x 1.9 x 1.8 ซม. ซึ่งก่อให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจโดยสมบูรณ์</li> <li>- พบต่อมน้ำเหลืองขนาดไม่เกิน 1 ซม. หลายต่อมบริเวณคอด้านซ้ายและขวาในตำแหน่งระดับ Ia, Ib และ II</li> </ul>
<p><b>ลักษณะของเซลล์ (Cell grading)</b></p> <p>การตรวจทางพยาธิวิทยา ได้จัดแบ่งลำดับลักษณะของ cell มะเร็งเป็น grading ดังนี้</p> <p>Grading 1 หมายถึง Well differentiated carcinoma สามารถแยกลักษณะได้ชัดเจน</p> <p>Grading 2 หมายถึง Moderately differentiated carcinoma สามารถแยกลักษณะ cell ได้ดี</p> <p>Grading 3 หมายถึง Poor differentiated carcinoma แยกลักษณะได้ไม่ดี</p> <p>Grading 4 หมายถึง Undifferentiated carcinoma ไม่สามารถแยกลักษณะได้</p>	<p>ลักษณะของเซลล์และระยะของมะเร็งกล่องเสียงของผู้ป่วย</p> <p>จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (Pathology report) พบว่าอยู่ในระยะT4N1M0 Stage: ระยะที่ 4 โดยมีรายละเอียด ดังนี้</p> <p>Moderately differentiated conventional squamous cell carcinoma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posterior esophageal wall;</li> </ul>

## 6.วิเคราะห์และเปรียบเทียบทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

### ตารางที่10 เปรียบเทียบกรณีศึกษากับข้อมูลทางวิชาการ (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>ลักษณะของเซลล์ (Cell grading)</b></p> <p><b>ระยะของมะเร็งกล่องเสียง</b></p> <p>ระยะที่ 1 มะเร็ง ลูกกลมอยู่เฉพาะในกล่องเสียงเพียงส่วนเดียว</p> <p>ระยะที่ 2 มะเร็ง ลูกกลมเข้ากล่องเสียงตั้งแต่ 2 ส่วนขึ้นไป</p> <p>ระยะที่ 3 มะเร็ง ลูกกลมจนสายเสียงไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และ/หรือ มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ซึ่งมีขนาดเล็กไม่เกิน 3 ซม. เพียง 1 ต่อม</p> <p>ระยะที่ 4 มะเร็ง ลูกกลมเข้าผิวหนัง และ/หรือ ต่อมไทรอยด์ และ/หรือ หลอดอาหาร และ/หรือ มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโตหลายต่อม และ/หรือ ต่อม น้ำเหลืองที่คอมีขนาดโตมากกว่า 6 ซม. และ/หรือ แพร่กระจายเข้ากระแส โลหิตไปยังอวัยวะอื่นๆที่อยู่ห่างจากต้นกำเนิดของมะเร็ง เช่น ปอด ตับ กระดูก และสมอง เป็นต้น</p>	<p>- Involved by squamous cell carcinoma</p> <p>-ตรวจต่อมน้ำเหลือง (Lymph nodes, group II ) : Metastatic squamous cell carcinoma (1/2) without extranoda</p>
<p><b>การรักษาโรคมะเร็งกล่องเสียง</b></p> <p>การรักษาโรคมะเร็งกล่องเสียงมีด้วยกันหลายวิธีตามแนวทางดังนี้ ศัลยกรรม (Surgery) รังสีรักษา (Radiation) และ เคมีบำบัด (Chemotherapy)</p> <p>ถ้าเป็นระยะเริ่มแรก(ระยะที่1 และระยะที่ 2)จะให้การรักษาโดยการฉายรังสี หรือผ่าตัด วิธีใดวิธีหนึ่ง เพราะให้ผลการรักษาได้เท่าเทียมกัน</p> <p>ถ้าเป็นระยะลุกลาม (ระยะที่3 และระยะที่4) ซึ่งยังไม่มีการแพร่กระจายเข้าสู่กระแสโลหิต) จะใช้การรักษาพร้อมกันหลายๆวิธี เช่น การผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองที่โต หรือที่อยู่ใกล้เคียง ร่วมกับการฉายรังสี บางรายอาจใช้เคมีบำบัดร่วมด้วย เพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง ซึ่งหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะพูดไม่ได้เป็นปกติ แต่ส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารได้ปกติ</p> <p>การรักษาทางศัลยกรรม (Surgery) มี 2 วิธี คือ</p> <p>1.Conservation Laryngectomy คือการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกไปบางส่วน เพื่อให้กล่องเสียงยังคงสามารถรักษาการทำงาน</p> <p>ปัจจัยจากรอยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่สามารถรับการรักษาโดยการผ่าตัดกล่องเสียงบางส่วนได้มักมักอยู่ในระยะ T1, T2 และ T3</p>	

## 6.วิเคราะห์และเปรียบเทียบทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

### ตารางที่10 เปรียบเทียบกรณีศึกษากับข้อมูลทางวิชาการ (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>การรักษาโรคมะเร็งกล่องเสียง</b></p> <p>2. Total Laryngectomy เป็นการรักษามาตรฐานในมะเร็งกล่องเสียงระยะลุกลาม กล่าวคือมะเร็งลุกลามทำลายส่วนโครงสร้างกระดูกอ่อนของกล่องเสียง และลุกลามออกนอกกล่องเสียงทำให้เส้นเสียงขยับไม่ได้ และอาจทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ (Airway Obstruction) นอกจากนี้ Total Laryngectomy ยังเป็นการรักษาหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีไปแล้ว แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Salvage Surgery) อีกด้วย</p> <p>การผ่าตัด Total Laryngectomy ทำภายใต้การดมยาสลบ โดยผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายคอ ลงมีดเป็นรูปตัวยูบริเวณหน้าคอ ตัดกล่องเสียงออกไปทั้งหมด รวมทั้ง Strap Muscles ตั้งแต่ด้านบนระดับ Hyoid bone และ Epiglottis จนถึงด้านล่างคือ หลอดลมที่ปกติ แล้วเย็บซ่อม Pharynx ใหม่ (Neopharynx) นำ Trachea ที่ปกติเย็บกับชั้นผิวหนังสร้างเป็น Tracheostoma เป็นทางเดินหายใจแทน ในบางกรณีอาจมีความจำเป็นต้องตัดต่อมไทรอยด์ออกไปด้วยเช่นในกรณีที่มีมะเร็งลุกลามต่อมไทรอยด์เอง หลอดลม Cricoid Cartilage มีการลุกลามของมะเร็งไปยัง Pretracheal lymph node</p> <p>หลังการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดได้ และต้องหายใจทางรูเจาะคอ(Tracheostoma) อย่างถาวร และยังสามารถทำให้การกลืนทำได้ลำบากขึ้นอาจจะต้องให้อาหารทางสายยางผ่านรูจมูก หรือใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องชั่วคราว รวมทั้งอาจมีภาวะเลือดออก การเกิดรูรั่วของทางเดินอาหารใหม่ การตีบตันของรูเจาะคอถาวร การสำลักอาหารเข้าสู่หลอดลมและปอด ทำให้ผู้ป่วยมีเสมหะและไอมาก จึงจำเป็นต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยดูแลรูเจาะคอ (Tracheostoma) และดูแลเสมหะผ่านรูเจาะคอ</p> <p><b>รักษาด้วยรังสี</b></p> <p>การใช้รังสีรักษาอาจใช้ลำพังอย่างเดียวหรือรวมกับการผ่าตัดต้องพิจารณาเป็นรายๆไป ถ้าฉายรังสีอย่างเดียวใช้ขนาด 60-70 Gray บางแห่ง</p>	<p><b>แผนการรักษา</b></p> <p>สำหรับผู้ป่วยรายนี้แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด คือ</p> <p>ผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด คือ</p> <p>1. tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy 24 เมษายน 2567 ครั้งที่1 (ภาวะทางเดินหายใจอุดตัน) เพื่อเปิดทางเดินหายใจใหม่ และส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา หลังผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยสามัญ ผลการตรวจชิ้นเนื้อพบ เซลล์มะเร็ง แพทย์จึงพิจารณาการรักษา</p> <p>2.Total laryngectomy 17 พฤษภาคม 2567 ครั้งที่2 หลังผ่าตัดนอนหอผู้ป่วย ICU 3 วัน และย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ วันที่ 21 พฤษภาคม 2567</p> <p><b>การรักษาร่วม</b> หลังทราบผลชิ้นเนื้อ แผนการรักษาเพิ่มเติมคือ การฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด</p>

## 6.วิเคราะห์และเปรียบเทียบทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

### ตารางที่10 เปรียบเทียบกรณีศึกษากับข้อมูลทางวิชาการ (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>การรักษาโรคมะเร็งกล่องเสียง(ต่อ)</b> ให้ก่อนผ่าตัดขนาด 40-5- Gray ใน 4-6 สัปดาห์ แล้วตามด้วยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออก (Total Laryngectomy)</p> <p><b>การรักษาด้วยเคมีบำบัด</b> ยาเคมีบำบัดคือการให้ยาที่มีความสามารถในการทำลายเซลล์มะเร็งได้สูงโดยยาจะไปทำลายดีเอ็นเอของเซลล์มะเร็งและหยุดการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนการใช้ยาเคมีบำบัดอาจใช้เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งก่อนการผ่าตัดหรือฉายรังสีหรือให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาเพื่อให้รักษาด้วยรังสีรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น</p> <p>ยาเคมีบำบัดมักให้กับผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำหนึ่งครั้งทุก 3-4 สัปดาห์เป็นเวลานานถึง 6 เดือนผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2-3 วันระหว่างการการรักษาในแต่ละครั้งหรือผู้ป่วยอาจเข้ามาพบแพทย์เพื่อรับยาในช่วงเวลาสั้นๆ</p> <p>ยาเคมีบำบัดยังทำลายเซลล์ปกติในร่างกายได้เช่นเดียวกับทำลายเซลล์มะเร็งทำให้เกิดผลข้างเคียงหลายประการโดยผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยคืออาการคลื่นไส้ อาเจียน ผอม ร่วง เบื่ออาหาร ท้องเสีย แผลในปาก เจ็บปาก อ่อนเพลีย เป็นต้น ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาได้แก่ Methotrexate ,5-FU, Cisplatinum</p>	

การพยาบาลในช่วงรับไว้ดูแล (วันที่23 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 29 พฤษภาคม 2567)

การเยี่ยมครั้งที่ 1 ก่อนการเจาะคอและตัดชิ้นเนื้อ วันที่ 23 เมษายน 2567 คลินิกหู คอ จมูก

เป้าหมายการเยี่ยม ประเมินความพร้อมก่อนการนอนโรงพยาบาลในวันที่ 23 เมษายน 2567 เพื่อ รับการผ่าตัด Tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy ในวันที่ 24เมษายน2567 ครั้งที่1 ต่อการเผชิญความเครียดความวิตก ความกังวลของผู้ป่วยในภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

## ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 56ปี ผิวดำแดง รูปร่างเล็ก รู้สึกตัวดี สิ้นน้ำมีความวิตกกังวล คิ้วขมวด ให้ความสำคัญร่วมมือในการให้ข้อมูล ประเมินทางเดินหายใจ ไม่มีหายใจเหนื่อย ไม่มีหายใจเสียงดัง มีอาการไอ เจ็บคอ จุกแน่นบริเวณคอ สำลักบ่อย รับประทานทานอาหารอ่อน ช่วยเหลือตนเองได้ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 –80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 99% น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) = 20.00 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> แพทย์ตรวจร่างกาย ส่งกล้องเพื่อตรวจวินิจฉัยและประเมินเบื้องต้น พบ mass at TVC , near total Occuld จึงได้รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยภาวะเร่งด่วนเนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ได้ ( Upper airway obstruction) แพทย์ พิจารณา admit เพื่อ tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy 24 เมษายน2567 ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน หลังผ่าตัด เตรียมร่างกายก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา

**ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่** มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่เกิดขึ้นโดยไม่ทันตั้งตัวมาก่อน และการเจาะคอเพื่อเปิดทางเดินหายใจใหม่

## การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยการแนะนำตนเองและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจรวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจและยอมรับพร้อมให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจการรักษาภาวะเร่งด่วนเนื่องจากมีโอกาสเกิดทางเดินหายใจอุดกั้น ได้ (Upper airway obstruction)

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์ด้านการผ่าตัดในขอบเขตของพยาบาลเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประสานสิทธิ์ในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ รวมถึงการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาโดยเป็นสื่อกลาง ให้กับทีมแพทย์ ได้รับทราบถึงความต้องการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ

## ประเมินผลหลังการพยาบาล 23 เมษายน 2567

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นเล็กน้อย แต่ยังคงมีความกังวลต่อการผ่าตัดที่เกิดขึ้นโดยไม่ทันตั้งตัวมาก่อน และการเจาะคอเพื่อเปิดทางเดินหายใจใหม่ โดยหลังได้รับข้อมูลเรื่องการรักษา การดูแลท่อเจาะคอ ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับการรักษา

### สรุปการตรวจเยี่ยมรายวัน

เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 24 เมษายน 2567 จากการศึกษาข้อมูลประวัติผู้ป่วยในระบบโรงพยาบาล (หลังผ่าตัด ครั้งที่ 1 Day 1)

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการหลังเจาะคอและตัดชิ้นเนื้อและให้คำแนะนำเรื่องการดูแลท่อหลอดลมคอ

#### ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 08.25 น. เริ่มผ่าตัดเวลา 08.30 น.-09.10 น. ใช้เวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 45 นาที ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 5 มิลลิลิตร. ไม่ได้รับ blood transfusion ระหว่างผ่าตัด IVF เป็น 5% Dextrose in Normal Saline 600 มิลลิลิตร, On Tracheostomy tube No.7 ก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วยสามัญ

ปัญหาที่พบ ผู้ป่วยหลังรับการเจาะคอ เมื่อตื่นขึ้นมาพบว่าตนเองมีท่อหลอดลมคอ มีปัญหาเรื่องไอ บ่อย มีเสมหะปนเลือดออกทางท่อหลอดลมคอ ยังไม่ทราบขั้นตอนการดูแลทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ และการดูแลภาพลักษณ์

### การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพก่อนให้ยาเคมีบำบัด ประเมินความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วยโดย ประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การแสดงออก และตอบรับ
2. ประเมินความพร้อมด้านการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ข้อมูลการดูแลเรื่องท่อหลอดลมคอ
3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเรื่องการสื่อสาร ผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดหรือออกเสียงได้เหมือนปกติ โดยเลือกใช้วิธีการสื่อสารทางเลือก เช่น เขียน, ใช้บอร์ดสื่อสาร, ชี้อักษร หรือสื่อสารผ่านไลน์
4. จัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อสอนสาธิตการดูแลทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ
5. อธิบายขั้นตอนการดูแลท่อหลอดลมคอให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เรื่องการทำความสะอาดท่อหลอดลมคอพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้ลงมือทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และสามารถถอดท่อหลอดลมคอออกมาล้างได้เอง

6. พุดคุยให้กำลังใจเรื่องการดูแลตนเองพร้อมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล คอยให้กำลังใจผู้ป่วยอยู่เสมอ

7. ประเมินความการดูแลท่อหลอดลมคอซ้ำหลังให้คำแนะนำ และตอบคำถามด้วยภาษาง่าย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัย

### ประเมินผลหลังการพยาบาล 24 เมษายน 2567

1. ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับเรื่องการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงเรื่องการสื่อสาร รวมถึงการที่ตนเองต้องมีท่อหลอดลมคอ
2. ผู้ป่วยสามารถใช้การเขียนสื่อสารแทนการพูด และใช้โทรศัพท์มือถือพิมพ์ไลน์ในการคุยกับคนในครอบครัวได้
3. ผู้ป่วยสามารถเช็ดทำความสะอาดท่อหลอดลมคอเมื่อไอมีเสมหะได้

### ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่

ผู้ป่วยยังไม่กล้าถอดท่อหลอดลมค้อออกมาล้างทำความสะอาดเอง ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจชิ้นเนื้อ

### เยี่ยมครั้ง 3 วันที่ 25 เมษายน 2567 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 2)

เป้าหมายการเยี่ยม ประเมินการดูแลท่อหลอดลมคอซ้ำ พร้อมทั้งแนะนำเรื่องการถอดท่อหลอดลมคอตัวใน (Inner tube) ออกมาล้าง

### ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยตื่นตัวรู้ตัวรู้เรื่องดี On Tracheostomy tube No.7 ไอ ขับเสมหะออกเองได้ ผู้ป่วยสามารถดูแลเช็ดทำความสะอาดเสมหะบริเวณท่อหลอดลมคอได้ ยัง On IV เป็น 5% D/N/2 1,000 ml rate 80ml/hr ตามแผนการรักษา

ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับผลชิ้นเนื้อ

### การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยใช้คำถามเปิด เช่น “ตอนนี้รู้สึกกังวลเรื่องอะไรบ้างคะ

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดี รับฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสินความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกล้าเปิดใจและรู้สึกปลอดภัยที่จะระบายความรู้สึก

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจ การแปลผล และแผนการรักษาอย่างชัดเจน (ในขอบเขตที่พยาบาลสามารถให้ได้)

4. สนับสนุนให้ญาติอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึก

5. ประเมินซ้ำหลังให้การพยาบาลว่าอาการวิตกกังวลดีขึ้นหรือไม่ เพื่อติดตามผลการพยาบาลและปรับแผนการดูแลหากจำเป็น

6. ทบทวนวิธีการดูแล การล้างทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ และสาธิตให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการถอดท่อตัวใน (Inner tube) ออกมาล้าง และการใส่กลับคืน

#### ประเมินผลหลังการพยาบาล 25 เมษายน 2567

ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลลงได้บ้างและเข้าใจว่าต้องใช้ระยะเวลากระบวนการแปลผลการตรวจ รวมถึงขั้นตอนการถอดท่อตัวใน (Inner tube) ออกมาล้าง และการใส่กลับคืนได้

**เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 28 เมษายน 2567 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 3)**

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการ

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยตื่นตัวรู้ตัวเรื่องดี On Tracheostomy tube No.7 ใส ชับเสมหะออกเองได้ ผู้ป่วยสามารถดูแล เช็ดทำความสะอาดเสมหะบริเวณท่อหลอดลมคอได้ รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีสำลัก แพทย์พิจารณา Off IVF ผู้ป่วยสอบถามถึงผลการตรวจว่าจะทราบเมื่อไหร่ และจะได้ออกจากโรงพยาบาลวันไหน

ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรคมะเร็งกล่องเสียง

**การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว**

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยสังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และการพูด

2. รับฟังความรู้สึก ความกลัว ความไม่แน่ใจของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจและไม่ตัดสิน ไม่พูดแทรกขณะที่ผู้ป่วยกำลังพูด

3. พยาบาลผู้ดูแล แพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญ ร่วมพูดคุย พร้อมทั้งแจ้งผลการตรวจขึ้นเนื่อกับผู้ป่วยและญาติ อธิบายถึงแนวทางการรักษาต่อ คือ การผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด

โดยกำหนดวันเข้านอนโรงพยาบาลในวันที่ 16 พฤษภาคม 2567 และรับการผ่าตัดในวันที่ 17 พฤษภาคม 2567

3. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การรักษา (เช่น การผ่าตัด รังสี เคมีบำบัด) และพยากรณ์โรคในแบบที่ผู้ป่วยเข้าใจได้(ภายใต้ขอบเขตของพยาบาล) รวมถึงการเตรียมความพร้อมในการมารับการผ่าตัด ตามนัด

4. เชิญญาติหรือผู้ดูแลเข้าร่วมพูดคุย ให้ข้อมูลร่วมกับผู้ป่วย

5. สนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก เช่น การพูด ระบายความเครียด หรือจดบันทึก

6. แนะนำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการผ่อนคลายทางจิตใจที่ช่วยลดความเครียด เช่น ฟังเพลงเบา ๆ หายใจลึกๆ หรือฝึกสมาธิ (ถ้าผู้ป่วยยอมรับได้)

7. หากผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องหรือมีสัญญาณซึมเศร้า ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งต่อไป

#### ประเมินผลหลังการพยาบาล 28 เมษายน 2567

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงถึงภาวะวิตกกังวลลดลง สามารถเปิดเผยความรู้สึกและรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งกล่องเสียงได้ดีขึ้น กล่าวพูดคุยผ่านการเขียน ซักถาม และให้ความร่วมมือในการฝึกกิจกรรมผ่อนคลายครอบครัวมีบทบาทสนับสนุนอย่างเหมาะสม

#### เยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 29 เมษายน 2567 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 5)

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการและวางแผนจำหน่าย

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ตื่นดี สีหน้าสดชื่นขึ้น ยังมีอาการไอ มีเสมหะเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถดูแลต่อหลอดลมคอได้ดี ไม่มีปัญหาเรื่องแผลรอบๆ รุท่อ พยาบาลผู้ดูแลจัดเตรียมสถานที่ให้เหมาะสม เพื่อพูดคุยและให้คำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและการเตรียมความพร้อมในรักษามะเร็งกล่องเสียงโดยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด

ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่

1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและผลกระทบจากการสูญเสียเสียง

#### การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

การวางแผนจำหน่าย

1. ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน
2. ให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลหลังผ่าตัด เช่น การดูแลแผล, การดูดเสมหะ, การใส่/ถอดอุปกรณ์ต่าง ๆ, อาหารที่ควรระวัง
3. สานิตและฝึกปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วยและญาติซ้ำ ๆ จนแน่ใจว่าเข้าใจ เช่น การดูแลท่อเจาะคอ, การเปลี่ยนผ้ารองท่อ, การสื่อสาร
4. จัดทำหรือแจกใบคำแนะนำกลับบ้าน (Home care instruction sheet) ที่มีภาพประกอบ เข้าใจง่าย
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามคำถาม และรับฟังความกังวลอย่างตั้งใจ ไม่เร่งรัด
6. ประเมินภาวะทางจิตใจซ้ำก่อนจำหน่าย หากยังมีความวิตกกังวลสูง รายงานแพทย์ทราบเพื่อหาแนวทางดูแลแก้ไขต่อไป
7. ให้คำแนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด หรือหากพบภาวะฉุกเฉินควรเข้าโรงพยาบาลใกล้บ้าน เช่น เสมหะอุดตันไม่สามารถขับออกได้ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หรือไอเสมหะปนเลือดสด

#### 8. แนะนำให้มาติดตามอาการตามนัด

การเตรียมความพร้อมการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด

1. ประเมินความพร้อมต่อการรักษาเมื่เรียงกล่องเสียงโดยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยถึงความรู้สึกและความกลัวเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด
3. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด ผลที่ตามมา และการดูแลหลังผ่าตัด (ในขอบเขตของพยาบาล)
4. ส่งเสริมให้ครอบครัวร่วมให้กำลังใจ และเข้าร่วมการเตรียมตัว
5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการหายใจผ่านท่อเจาะคอ (tracheostomy care) การดูแลท่อ, การดูดเสมหะ, การป้องกันการติดเชื้อ วิธีการสื่อสารหลังผ่าตัด เช่น เขียน, ใช้ภาพ, electrolarynx, หรือ TEP
6. ทบทวนการฝึกปฏิบัติจริงร่วมกับญาติ เช่น เปลี่ยนผ้ารองท่อ, ทำความสะอาดรอบแผล
7. ประเมินความเข้าใจโดยให้ผู้ป่วย/ญาติสาธิตซ้ำ

8.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือข้อสงสัยต่างๆ

9.แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการใช้สมุนไพรและอาหารเสริมที่อาจมีผลต่อการขยายหลอดเลือดได้ และการรับประทานยาความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง โดยไม่หยุดรับประทานยาเองโดยเด็ดขาด

10. แนะนำการมาตามนัดเพื่อรับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด

### ประเมินผลหลังการพยาบาล 29 เมษายน 2567

ด้านร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีไข้ อาการไอลดลง เสมหะลดลง สามารถดูแลท่อเจาะคอและเช็ดทำความสะอาดบริเวณรูท่อนได้อย่างถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่แผลรอบรูเจาะคอ เช่น บวม แดง หรือมีหนอง รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีสำลัก

ด้านจิตใจ ผู้ป่วยสามารถระบายความกังวลเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดได้ โดยแสดงท่าทีเปิดรับข้อมูลมากขึ้น สนใจสอบถามรายละเอียดการดูแลตนเองที่บ้าน ความวิตกกังวลลดลงจากการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการพูดคุยและเตรียมตัว การให้กำลังใจผู้ป่วยและวางแผนพาผู้ป่วยมาผ่าตัดตามนัด

ด้านความรู้และการเตรียมตัวก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายแนวทางการดูแลตนเองที่บ้านได้ เช่น การดูแลแผล ท่อเจาะคอ การสื่อสาร และอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ ได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน และเข้าใจวิธีปฏิบัติ ญาติสามารถสาธิตขั้นตอนการดูแล เช่น การเปลี่ยนผ้ารองท่อและทำความสะอาดได้อย่างถูกต้อง ครอบครัวให้ความร่วมมือดีและมีการวางแผนดูแลที่บ้านร่วมกันแล้ว

ด้านการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา ขั้นตอนการผ่าตัด และผลที่อาจเกิดขึ้น มีความเข้าใจเรื่องการสูญเสียเสียง การใช้ท่อเจาะคอถาวร และแนวทางสื่อสารหลังผ่าตัด รวมถึงญาติแสดงความพร้อมที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยในช่วงฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรับทราบวันนัดหมายการผ่าตัด และเข้าใจข้อควรปฏิบัติก่อนการผ่าตัด เช่น การงดใช้สมุนไพรและไม่หยุดยาเอง

การโทรศัพท์เยี่ยมติดตามครั้งที่ 1 วันที่ 2 เมษายน 2567 เวลา 16.30น-16.45น. ติดตามหลังผ่าตัดครั้งที่ 1 (tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy) โดยใช้ Line call

### เป้าหมายการโทรเยี่ยม

1. ติดตามเรื่องความดันโลหิตสูง

2. เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการมานอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด (นิตนอนโรงพยาบาล 16 พฤษภาคม 2567)

## การประเมิน

### 1. ประเมินภาวะความดันโลหิตสูง

ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยรับประทานยาตามคำแนะนำ แต่ขอรับประทานยา Amlodipine (10) วันละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้าทุกวัน เนื่องจาก ผู้ป่วยกลัวลืมรับประทาน หลังรับประทานยา ไม่พบอาการข้างเคียงของยา เช่น หน้าแดง ใจสั่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ญาติได้ดูแลควบคุมอาหาร คือ จำกัดอาหารมัน จำกัดอาหารที่มีรสชาติเค็ม และผู้ป่วยไป รพสต. ใกล้บ้านในทุกๆ 3 วัน เพื่อวัดระดับความดันโลหิต ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยจัดบันทึก ระดับความดันโลหิตมาให้ดู ดังนี้ BP = 123/98 mmHg, P = 82 ครั้ง/นาที

### 2. ประเมินความพร้อมและความวิตกกังวลในการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด

มีความวิตกกังวลเล็กน้อย เนื่องจากการผ่าตัดครั้งที่ 2 เป็นการผ่าตัดใหญ่ และใช้ระยะเวลาานานกว่าครั้งแรก และตนเองจะต้องสูญเสียการสื่อสารไปตลอด ถึงแม้ว่าจะทราบถึงการฟื้นฟูโดยการฝึกพูดก็ตาม ปัญหาที่พบต่อเนืองและปัญหาที่พบใหม่ วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมดและการสูญเสียการพูด

### การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย และประเมินความวิตกกังวล และการจัดการตนเอง ให้ข้อมูล/คำแนะนำและวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล
2. ทบทวนแนวทางการรักษาระวังกล่องเสียงโดยการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด
3. ทบทวนข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด ผลที่ตามมา และการดูแลหลังผ่าตัด (ในขอบเขตของพยาบาล)
4. ส่งเสริมให้ครอบครัวร่วมให้กำลังใจ และเข้าร่วมการเตรียมตัว
5. ทบทวนเกี่ยวกับการหายใจผ่านท่อเจาะคอ (tracheostomy care) การดูแลท่อ, การดูดเสมหะ, การป้องกันการติดเชื้อ วิธีการสื่อสารหลังผ่าตัด เช่น เขียน, ใช้ภาพ, electrolarynx, หรือ TEP
6. ทบทวนการดูแลเปลี่ยนผ้ารองท่อ, ทำความสะอาดรอบแผล
7. ประเมินความเข้าใจโดยให้ผู้ป่วย/ญาติสาธิตซ้ำ

8. ทวนสอบวันนัดนอนโรงพยาบาล และวันผ่าตัด และทวนซ้ำการปฏิบัติตัวการรับประทานยาความดันโลหิต และมาโรงพยาบาลตามวันเวลาที่นัด

### ประเมินผลการพยาบาล 2 เมษายน 2567

ผู้ป่วยสามารถทบทวนการปฏิบัติตัวหลังให้คำแนะนำเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

เยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 16 พฤษภาคม 2567 (ก่อนผ่าตัดครั้งที่ 2)

เป้าหมายการเยี่ยม เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ติดตามผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการนอนโรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วยสามัญ จากข้อมูลแรกรับ ประเมินสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติอุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 –80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 99% น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) = 20.00 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> มียาประจำตัวคือ ยาความดันโลหิตสูงมาทานต่อเนื่อง และท่อหลอดลมคอ ผู้ป่วยสามารถดูแลทำความสะอาดได้ดี ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ชักถามการดูแลตนเอง การฝึกพูดหลังการผ่าตัด

ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่ วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารและการฝึกพูดหลังผ่าตัด

### การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยการแนะนำตนเองและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจรวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกซักถามข้อสงสัยรับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจและยอมรับ ให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา

2. ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้รวมทั้งประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจในวิธีการผ่าตัดและแผนการระงับความรู้สึก ที่จะได้รับ

3. ทบทวนเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์การระงับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ ในขอบเขตของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาโดยเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์วิสัญญีแพทย์ ได้รับทราบถึงความต้องการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ

5.อธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่าง ๆ ในการเตรียมผู้ป่วย เพื่อการทำผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ และเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ

6.ให้คำแนะนำต่างๆในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของร่างกายการเตรียมความสะอาดร่างกาย การงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงรวมทั้ง แนะนำการประเมินระดับการปวดแผลภายหลังผ่าตัด โดยใช้คะแนนความเจ็บปวด (ระดับ Pain score 1-10) เป็นเกณฑ์การประเมิน พร้อมทั้งแนะนำการบริหารร่างกายภายหลังทำผ่าตัดการไออย่างถูกวิธี การหายใจ อย่างมีประสิทธิภาพ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับการระงับความรู้สึก รวมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเพื่อการรักษาในการทำผ่าตัด

### ประเมินผลหลังการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าภายหลังได้รับข้อมูลการผ่าตัดรู้สึกคลายกังวลลง มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมากขึ้น

### เยี่ยมครั้งที่ 7 วันที่ 17 พฤษภาคม 2567 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 )

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการหลังผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด

ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 08.45 น.เริ่มผ่าตัดเวลา 08.55 น.-15.00 น. ใช้เวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 6 ชั่วโมง 10 นาที และใช้เวลาในการดมยาสลบทั้งหมด 4 ชั่วโมง 10 นาที ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 250 มิลลิลิตร ได้รับ ระหว่างผ่าตัด ได้รับ IVF เป็น Acetra 1,800 มิลลิลิตร, 5%D/N/2 600 มิลลิลิตร On Foley catheter urine ออกมาทั้งหมด 850 มิลลิลิตร ก่อนย้ายไป ICU

ที่หอผู้ป่วย ICU เวลา 16.15 น. รับย้ายจาก OR case CA Larynx s/ptracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy 24 เมษายน 2567 หลังผ่าตัด Total laryngectomy แรกผู้ป่วยเรียกตื่น รู้สึกตัวดี Sedation score 1 คะแนน หายใจเองได้ดี O<sub>2</sub>Sat 100% สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/77 มิลลิเมตรปรอท มีแผลผ่าตัดบริเวณคอพัน Conform ไว้ on Left (Lt) Radivac drain (RD), on Right (Rt) RD content มีเลือดออกคาสาย ผู้ป่วยได้รับยา Cal tab 2 tab for feed tid pc, Vit D 2 tab for feed tid pc และ IVF 0.9%D/N/2 1000 ml iv drip 60 ml/hr. ตามแผนการรักษา

### เยี่ยมครั้งที่8 วันที่ 18 พฤษภาคม 2567(หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 1)

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการหลังผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด

ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี On NG tube for feed, on IVF 5%D/N/2 1000 ml iv drip 60 ml/hr. ผลที่คอ ไม่มีซีมี บริเวณคอข้างซ้าย on RD 1ขวด สีแดงเข้มออกติดกันขวด ผลไม่มีซีมี บริเวณคอข้างขวา on RD สีแดงจาง ผลแห้งดี ไม่มีเลือดซีมี แพทย์ให้เจาะ Lab ดูแลส่งตรวจแลปตามแผนการรักษา

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct 25.9 % รายงานแพทย์ให้ PRC 2 unit iv drip และภาวะแคลเซียมต่ำ Calcium 7.87 mg/dl รายงานแพทย์ ให้การรักษา 10% Calcium gluconate 1 amp + 5 DW 100ml \*2 iv drip 20 ml/hr. ดูแลให้ได้รับเลือดและ IVF ตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องปัสสาวะออกน้อย urine 25ml/hr. urine sp.gr 1010 รายงานแพทย์ รับทราบให้ Load Acetra 300ml iv drip in 30 min, Keep urine 90ml/2hr. หลังผู้ป่วยได้รับ Acetra 300ml urine ออก 40ml/hr. รายงานแพทย์ รับทราบให้ Load Acetra 300ml iv drip in 30 min และได้รับ Lasix 20mg iv ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา

### เยี่ยมครั้งที่9 วันที่ 19 พฤษภาคม 2567(หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 2)

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามเรื่องแคลเซียมต่ำ

ผู้ป่วยตื่นตัวรู้เรื่องดี On NG tube for BD (1:1) 250x4 feed รับประทานได้ , on IVF 5%D/N/2 1,000 ml iv drip 60 ml/hr. ผลที่คอ ไม่มีซีมี บริเวณคอข้างซ้าย on RD 1ขวด สีแดง ผลไม่มีซีมี บริเวณคอข้างขวา on RD สีแดง ผลแห้งดี ไม่มีเลือดซีมี

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยยังมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ Calcium 8.25 mg/dl รายงานแพทย์ คงให้การรักษาตามคำสั่งเดิม คือ 10% Calcium gluconate 1 amp + 5 DW 100ml \*2 iv drip 20 ml/hr. หลังให้ยาครบ Off ส่ง Lab Ca, Alb at 16.00น. หลังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการออก รายงานแพทย์ Calcium 8.37mg/dl

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องปวดแผล แพทย์มีคำสั่งให้ MO 3mg iv prn q 6 hr. ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ติดตามอาการปวดต่อ

### เยี่ยมครั้งที่10 วันที่ 20 พฤษภาคม 2567(หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 3)

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการปวด

ผู้ป่วยขยับลุกนั่งบนเตียง สีหน้าสดชื่น กระตุ้นการไอและหายใจเข้า-ออก อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินอาการปวด Pain score 6/10 คะแนน ขอยาแก้ปวด ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด MO 3mg iv prn q 6 hr. On NG tube for feed รับประทานได้ แพทย์สั่ง Off IVF ส่งตรวจ Lab Ca, Alb 21-22/5/67 สัญญาณชีพ ปกติ Radivac drain ทั้ง2ขวด ทำงานปกติ

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องอุจจาระไม่ออก รายงานแพทย์ สั่งให้ Senokot 2 tab feed prn hs. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา หลังได้รับยาผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้

### เยี่ยมครั้งที่11 วันที่ 21 พฤษภาคม 2567(หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 4)

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการหลังผ่าตัด

แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องไข้และมีอาการหนาวสั่น วัดสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/110 มิลลิเมตรปรอท O2Sat 99 % ดูแล Keepwarm และรายงานแพทย์ให้ take Hemoculture x 2 specimen, เก็บ UA, ดูแลให้ได้รับยา Paracetamol 500mg 1 tab หลังได้ยา ติดตามประเมินไข้ เวลา 14.00 น. อุณหภูมิ 39.7 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ หลังให้การพยาบาล ประเมินไข้ ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส สัญญาณชีพปกติ แพทย์ให้ย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ ได้

ที่หอผู้ป่วยสามัญ รับย้าย ICU เวลา 14.30 น. มาโดยรอนอน case CA Larynx s/p tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy 24เมษายน2567 หลังผ่าตัด Total laryngectomy แรกรับ ถามตอบโดยการอ่านปากและการเขียน มีแผลผ่าตัดบริเวณคอปิดก๊อชไม่มี bleed ชิม On Tracheostomy tube ไอ ขับเสมหะออกเองได้ บริเวณคอ on RD สีแดงจางติดกันขวด แผลแห้งดี Pain score 1-2/10 คะแนน ไม่ขอยาแก้ปวด สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/84 มิลลิเมตรปรอท O2Sat 100 % ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตนเองได้ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล ดูแลจัดทำสุขสบายและดูแลความสบาย

### เยี่ยมครั้งที่12 วันที่ 22 พฤษภาคม 2567(หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 5)

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการหลังผ่าตัด

แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยเดิน Ambulate ได้ดี on NG for feed on RD สีแดงจางติดกันขวด แผลแห้งดี ผู้ป่วย on Lt RD = 0 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง แผลไม่ซึม on Rt RD = 10 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง

ผู้ป่วยมีปัญหา เรื่องเสมหะเหนียว รายงานแพทย์ ดูแลให้ Nuclear 1\*2 feed pc ตามแผนการรักษา หลังได้รับยาผู้ป่วยสามารถขับเสมหะได้ง่ายขึ้น ไม่เหนียวข้น

**เยี่ยมครั้งที่ 13 วันที่ 23 พฤษภาคม 2567(หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 6)**

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการหลังผ่าตัด

ผู้ป่วย on Lt RD = 0 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง แผลไม่ซึม on Rt RD = 0 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง แพทย์พิจารณา Off Drain ทั้ง 2 ข้าง ในวันพรุ่งนี้ ที่ OPD ENT

**เยี่ยมครั้งที่ 14 วันที่ 24 พฤษภาคม 2567(หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 7)**

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการหลังผ่าตัด

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่คลินิกหู คอ จมูก เพื่อทำแผลตัดไหม และ Off RD หลัง Off Drain ดูแลปิดแผลด้วยผ้าก๊อชไว้ ไม่มีปัญหาเรื่อง ปวด บวม แดง ดูแลนำส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยสามัญ และติดตามผลขึ้นเนื้อ หลังผลออกรายงานแพทย์ทราบ

**เยี่ยมครั้งที่ 15 วันที่ 25 พฤษภาคม 2567(หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 8)**

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการหลังผ่าตัดและให้คำแนะนำเรื่องการดูแลท่อหลอดลมคอ

ผู้ป่วยตื่นดี สีสหน้าสดขึ้นขึ้น On Tracheostomy tube ไอ่ ขับเสมหะออกเองได้ บริเวณแผลผ่าตัดแห้งดี ยังปิดก๊อชไว้ ทบทวนการดูแล Tracheostomy tube ให้ผู้ป่วยและบุตรสาว โดยทบทวนความรู้เรื่องเกี่ยวกับการทำความสะอาด Tracheostomy tube พร้อมทั้งสอนและสาธิตการถอด Inner tube ออกมาล้างทำความสะอาด การใช้ผลิตภัณฑ์การทำความสะอาด และการใส่กลับคืน รวมถึงข้อควรระวังเช่น เสมหะเหนียวข้น การถอด Inner tube นานเกินไป การสังเกต Inner tube หากพบการแตก รั่ว ให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ หรือ สามารถโทรมาสอบถามที่ คลินิกหู คอ จมูก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ก่อนได้

**เยี่ยมครั้งที่ 16 วันที่ 26-27 พฤษภาคม 2567(หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 9)**

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการหลังผ่าตัด ทบทวนการดูแลท่อหลอดลมคอ

ผู้ป่วยตื่นดี สีสหน้าสดขึ้นขึ้น On Tracheostomy tube ไอ่ ขับเสมหะออกเองได้ บริเวณแผลผ่าตัดแห้งดี ยังปิดก๊อชไว้ ทบทวนการดูแล Tracheostomy tube ให้ผู้ป่วยและบุตรสาว โดยทบทวนความรู้เรื่อง

**เยี่ยมครั้งที่ 17 วันที่ 28 พฤษภาคม 2567**(หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 11) เยี่ยมที่คลินิกหู คอ จมูก

ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ปรับตัวกับการสื่อสารโดยการเขียนได้ดีขึ้น แพทย์มีคำสั่งให้ส่งผู้ป่วยเข้า TC ที่ OPD ENT วันนี้ เพื่อวางแผนการรักษาต่อ

**OPD ENT ห้องประชุม Tumor conference** สรุปผลการรักษาหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย คือ รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด (CCRT) Plan CT sim with contrast 6/6/67 Plan Start RT 20/6/67 -ส่งเตรียมช่องปากให้เรียบร้อยก่อนเริ่มฉายรังสี ส่งญาติเรียนทำอาหารปั่นและการดูแล NG tube

แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ก่อนกลับส่งขอวันนัดทางแผนกเคมีบำบัด และนัดพบพยาบาลพบพยาบาลโภชนาการ แพทย์นัดติดตามอาการหลังผ่าตัด (F/U) ที่คลินิกหู คอ ในวันที่ 06 มิถุนายน 2567 ( Lab Ca, Alb, TFT (ฮอร์โมนไทรอยด์) ก่อนพบแพทย์) ก่อนพบแพทย์

ผู้ป่วยมีปัญหา วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด เนื่องจากพร่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

**เยี่ยมครั้งที่ 18 วันที่ 29 พฤษภาคม 2567**(หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 12)

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการหลังผ่าตัดและวางแผนจำหน่าย

เยี่ยมผู้ป่วยและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและญาติ โดยการทบทวนเรื่องการดูแล Tracheostomy tube ทบทวนเรื่องการดูแลสายยางให้อาหารทางจมูก และการมาตรวจติดตามตามนัด การเตรียมช่องปากก่อนเริ่มการรักษา และการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจเพื่อรับการรักษาต่อโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

**การโทรศัพท์เยี่ยมติดตามครั้งที่ 1** วันที่ 30 พฤษภาคม 2567 ติดตามหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 (24 ชั่วโมง) เยี่ยมผ่าน Line message เวลา 16.30-16.45น. (Total laryngectomy 17 พฤษภาคม 2567)

**เป้าหมายการโทรเยี่ยม**

- 1.ติดตามอาการผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ เช่น ชา ตะคริว มือจับเกร็ง เป็นต้น
- 2.เพื่อทบทวนการดูแล Tracheostomy tube
- 3.ติดตามวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด เนื่องจากพร่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

## การประเมิน

- 1.ญาติให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยไม่พบอาการชา ตะคริว หรือมือจีบเกร็ง
- 2.ผู้ป่วยสามารถดูแล Tracheostomy tube ด้วยตนเองได้ รวมถึงการดูแล Stoma ได้เป็นอย่างดี
- 3.ผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์ เพื่อเตรียมเคลียร์ช่องปาก เตรียมร่างกายโดยการตัดผมสั้น รวมถึงการดูแลตนเองเรื่องภาวะโภชนาการเพื่อไม่ให้น้ำหนักลดลงกว่าเดิม
- 4.ผู้ป่วยมีความพร้อมและเข้าใจการปฏิบัติตัว ก่อนการรักษาโดยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ ในวันที่ 6 มิถุนายน 2567
- 5.แนะนำให้ผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามตามนัด ที่คลินิกหู คอ จมูก เพื่อติดตามแผลผ่าตัดและตรวจเลือดเช็คระดับแคลเซียมในเลือด

## สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

ไม่พบปัญหา ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น สามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ดูแลใส่อาหารทางสายยางได้ รวมถึงการเตรียมความพร้อมรับการรักษาต่อไป

## กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ชื่นชม ให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง และส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ
- 2.ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา ตามแผนการรักษาและสังเกตภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ หากพบอาการผิดปกติ สามารถโทรมาสอบถามข้อมูลหรือไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือมาพบแพทย์ ก่อนนัดที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- 3.ให้กำลังใจกับผู้ป่วยในการมารับการรักษาตามนัดฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด
- 4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม

## สรุปผลเพื่อการติดตามครั้งต่อไป

- 1.เพื่อเสริมพลัง ให้กำลังใจ ส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายเพื่อเตรียมพร้อมในการการเริ่มฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด และรับฟังปัญหา (ถ้ามี)

การโทรศัพท์เยี่ยมติดตามครั้งที่ 2 วันที่ 1 มิถุนายน 2567 ติดตามหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 ผ่าน Line message เวลา 16.30-16.45น. (72 ชั่วโมง) (Total laryngectomy 17 พฤษภาคม 2567)

### เป้าหมายการโทรเยี่ยม

1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร

2 เพื่อเสริมพลัง ให้กำลังใจ ส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายเพื่อเตรียมพร้อมในการการเริ่มฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด และรับฟังปัญหา (ถ้ามี)

### การประเมิน

1.สามารถได้รับอาหารทางสายตามตามแผนที่กำหนดไว้ร่วมกัน ผู้ป่วย Feed อาหารทางการแพทย์ (1.2:1) 300 ซีซี วันละ 4 ครั้ง รับอาหารได้หมด ไม่มีแน่นท้อง รับประทานอาหารทางปากโดยดื่มอาหารทางการแพทย์เสริมทางปาก โจ๊กปั่น ได้ประมาณครึ่งถ้วยจากเดิมการรับรู้รสชาติของอาหารยังไม่รู้

2.ผู้ป่วยมีความพร้อมและเข้าใจการปฏิบัติตัวในการมารับการรักษาตามนัดฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ได้รับการเตรียมช่องปากจากทันตแพทย์

### สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

ไม่พบปัญหา ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม

### กิจกรรมการพยาบาล

1 ชื่นชม ให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการจัดการภาวะโภชนาการของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ลดความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการลงได้ และเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูร่างกายด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่องเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย

2.ให้กำลังใจกับผู้ป่วยในการมารับการรักษาตามนัดฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ตามแผนการรักษาของแพทย์

3.แจ้งผู้ป่วยเพื่อยุติการติดตาม (สิ้นสุดการดูแลตามแผนการที่กำหนด) แต่ยังคงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้

## สรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและแผนการพยาบาล

### การผ่าตัดครั้งที่ 1 Tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy

ระยะก่อนผ่าตัดครั้งที่ 1 (วันที่ 23 เมษายน 2567) ที่คลินิกหู คอ จมูก

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน (Upper airway obstruction)

ปัญหาที่ 2 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

ระยะหลังผ่าตัดครั้งที่ 1 (วันที่ 24-29 เมษายน 2567) ที่หอผู้ป่วยสามัญ

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรคมะเร็งกล่องเสียง

### การผ่าตัดครั้งที่ 2 Total laryngectomy

ระยะก่อนผ่าตัดครั้งที่ 2 (วันที่ 16 พฤษภาคม 2567) ที่หอผู้ป่วยสามัญ

ปัญหาที่ 6 วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด

ระยะหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 (วันที่ 17-21 พฤษภาคม 2567) ที่หอผู้ป่วย ICU

ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคือภาวะพร่องออกซิเจนจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ

ปัญหาที่ 8 ตัวนำออกซิเจนลดลงเนื่องจากมีภาวะซีด

ปัญหาที่ 9 มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ

ปัญหาที่ 10 ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

ปัญหาที่ 11 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะท้องผูก

ปัญหาที่ 12 อาจเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีไข้

ระยะหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 (วันที่ 21-29 พฤษภาคม 2567) ที่หอผู้ป่วยสามัญ

**ปัญหาที่ 13** มีโอกาสเกิดภาวะ การเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self- esteem) เนื่องจาก ภาวะลักษณะเปลี่ยนแปลงและไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ

**ปัญหาที่ 14** ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านในการดูแลต่อหลอดลมคอ

**ปัญหาที่ 15** ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1:** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน (Upper airway obstruction) (พบปัญหาวันที่ 23 เมษายน 2567)

### ข้อมูลสนับสนุน

**Subjective data :** 1.ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกตกใจ ไม่คิดมาก่อนว่าอาการของตนเองจะร้ายแรงถึงกับ ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดในวันนี้เลย

2. 1ปีก่อนมา มีอาการเจ็บคอ กลืนติด รู้สึกมีอะไรติดในคอ และสำลักอาหาร บ่อยไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้รับการรักษาเกี่ยวกับกรดไหลย้อน อาการไม่ดีขึ้น ช่วงเดือน มี.ค.2567 มีอาการไอ เจ็บคอ จุกแน่นบริเวณคอมากขึ้น

3.ซักถามถึงการผ่าตัดซ้ำๆ

**Objective data :** 1.สีหน้าเคร่งเครียด คิ้วขมวด นั่งกุมขมับตลอดเวลา

2.ความดันโลหิตสูงขึ้น BP 176/114 มิลลิเมตรปรอท

3.ส่องกล้องตรวจ (Laryngoscopy) พบ mass at TVC , near total Occuld แพทย์ พิจารณา admit Set OR for tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy 24เมษายน 2567

### เป้าหมายการพยาบาล

ป้องกันการเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน

## 2. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยถ้อยคำที่สุภาพ โดยการจัดมุมพูดคุยที่สงบเป็นส่วนตัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และร่วมมือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล
2. ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้ดูแลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกออกมาและซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง
3. ให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบคลายความกังวล
  - 3.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy แพทย์จะส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อจะเป็นการรักษาภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ พร้อมวินิจฉัยโดยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
  - 3.2 อธิบายการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy การประเมินโดยใช้ Pain rating scale และการจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา หากควบคุมความปวดได้ดี จะส่งผลให้การเคลื่อนไหวลุกจากเตียงหลังผ่าตัดก็จะทำได้เร็ว
  - 3.3 สอนสาธิตการบริหารการหายใจและการไอ (Deep breathing and cough exercise) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด
  - 3.4 สร้างความเข้าใจหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีรูเปิดทางเดินหายใจใหม่และได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ
  - 3.5 อธิบายการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (Step diet) จะเริ่มรับประทานอาหารได้ตามแผนการรักษาของแพทย์และเหมาะสมกับโรคร่วม ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินการรับประทานอาหารและซักถามการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การผายลม การปวดแน่นท้อง และการเริ่มขับถ่ายอุจจาระ
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยต่างๆ ตอบคำถามเพื่อคลายความวิตกกังวล
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Oxygen Cannula 3-5 LPM ติดตามออกซิเจนในเลือด  $CO_2 \geq 95-100\%$

6.ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยและแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อเตรียมการดูแลต่อไป

7.ส่งผู้ป่วยโดยรถนั่งพร้อม Oxygen Cannula 3-5 LPM ยังหอผู้ป่วย

การประเมินผลการพยาบาล วันที่ 23 เมษายน 2567

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง สีหน้าสดชื่นขึ้นเล็กน้อย สนใจสิ่งแวดล้อมพูดคุยกับพยาบาลมากขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy

(พบปัญหาวันที่ 23 เมษายน 2567)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : 1.ผู้ป่วยถามว่า ต้องเจาะคอไปตลอดเลยไหม

2.การผ่าตัดใช้เวลานานแค่ไหน

3.ต้องนอน รพ กี่วัน

Objective data : 1.สีหน้าเคร่งเครียด คิ้วขมวด นั่งกุมขมับตลอดเวลา

2.ผู้ป่วยใช้มือลูบคลำคอตนเองตลอดเวลา

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการผ่าตัด tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยถ้อยคำที่สุภาพ โดยการจัดมุม

พูดคุยที่สงบเป็นส่วนตัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และร่วมมือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล

2. ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้ดูแลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกออกมาและซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง

3. ให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบคลายความกังวล

3.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy แพทย์จะส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อจะเป็นการรักษาภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ พร้อมวินิจฉัยโดยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

3.2 อธิบายการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy การประเมินโดยใช้ Pain rating scale และการจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา หากควบคุมความปวดได้ดี จะส่งผลให้การเคลื่อนไหวลุกจากเตียงหลังผ่าตัดก็จะทำได้เร็ว

3.3 สอนสาธิตการบริหารการหายใจและการไอ (Deep breathing and cough exercise) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด

3.4 สร้างความเข้าใจหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีรูเปิดทางเดินหายใจใหม่และได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ

3.5 อธิบายการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (Step diet) จะเริ่มรับประทานอาหารได้ตามแผนการรักษาของแพทย์และเหมาะสมกับโรคร่วม ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินการรับประทานอาหารและซักถามการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การผายลม การปวดแน่นท้อง และการเริ่มขับถ่ายอุจจาระ

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยต่างๆ ตอบคำถามเพื่อคลายความวิตกกังวล

การประเมินผลการพยาบาล วันที่ 23 เมษายน 2567

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง สีหน้าสดชื่นขึ้นเล็กน้อย ปฏิบัติตัวก่อนและหลังการรักษา และพร้อมรับการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3: เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

(พบปัญหาวันที่ 23 -24 เมษายน 2567)

### ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ได้เป็นโรคความดัน แต่วันนี้ความดันเริ่มสูง”

Objective data : ความดันโลหิต 176/114 มิลลิเมตรปรอท ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว

### เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ใจสั่น

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ใจสั่น
2. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ
2. ประเมินอาการ อาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะ

คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว

3. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนเปลบนอน เพื่อลดการทำงานของหัวใจ
4. ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง รายงานแพทย์ทราบ สั่งยา Amlodipine (10) 1 tab oral stat แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา
5. บันทึกปริมาณสารน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง
6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งทีมพยาบาลทันที ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ใจสั่น เลือดกำเดาไหล อาเจียนพุ่ง แขน ขาอ่อนแรง

7. ติดตามประเมินสัญญาณชีพหลังให้การพยาบาล

### การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ 23-24 เมษายน 2567)

1. ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตลดลงและอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทหรือหัวใจ
2. ผู้ป่วยได้รับยาและการพยาบาลตามแผนอย่างครบถ้วน คือ Amlodipine (10) 1 tab oral

3.ผู้ป่วยสามารถสังเกตและรายงานอาการผิดปกติได้เอง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 :** ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์หลังผ่าตัด

(พบปัญหาวันที่ 24 เมษายน 2567)

#### ข้อมูลสนับสนุน

**Subjective data :** 1.ผู้ป่วยขอกระจก เพื่อนำส่องดูที่หลอดเลือด

2.ผู้ป่วยถามว่าจะเอาที่ออกได้เมื่อไหร่

**Objective data :** ผู้ป่วยใช้กระจกส่องดูที่หลอดเลือดตลอดเวลา

#### เป้าหมายการพยาบาล

- 1.ช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่แสดงถึงการยอมรับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพร่างกายและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด

#### เกณฑ์การประเมิน

- 1.ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายหลังผ่าตัด
- 2.ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมสนใจเรียนรู้วิธีดูแลตนเอง เช่น การดูแลที่หลอดเลือดคอ
- 3.ผู้ป่วยสามารถระบุและบอกวิธีดูแลที่หลอดเลือดคอ และแผลผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง
- 4.ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล เช่น สีหน้า ผ่อนคลาย พูดคุยตอบสนองได้ดี

#### กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินทัศนคติ ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและภาพลักษณ์
- 2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับร่างกายที่เปลี่ยนแปลง เช่น ความกังวล ความกลัว ความไม่มั่นใจ

3. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับลักษณะของแผล ท่อหลอดลมคอ และอธิบายความจำเป็นในการใช้ท่อ
4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เช่น เช็ดทำความสะอาดรอบท่อหลอดลมคอ เปลี่ยนผ้ารองท่อ
4. แนะนำใช้สื่อประกอบ เช่น กระຈก รูปภาพ หรือวีดิทัศน์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเตรียมใจรับสภาพใหม่
5. สนับสนุนให้ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลและพูดคุยเชิงบวก เพื่อเสริมกำลังใจแก่ผู้ป่วย
6. สังเกตพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วย หากพบภาวะซึมเศร้า/ความเครียดมาก รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแนวทางการดูแลต่อไป

#### การประเมินผลการพยาบาล วันที่ 24 เมษายน 2567

1. ผู้ป่วยกล้าส่องกระຈกเพื่อดูท่อหลอดลมคอเอง แสดงถึงการยอมรับสภาพบางส่วน
2. ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่ต้องใส่ท่อหลอดลมคอ แสดงถึงการสนใจเรียนรู้วิธีดูแลตนเอง
3. ผู้ป่วยสามารถทวนวิธีทำความสะอาดท่อหลอดลมคอได้ถูกต้อง
4. สีหน้าและท่าทีของผู้ป่วยผ่อนคลายมากขึ้น ไม่มีพฤติกรรมปฏิเสธการดูแลท่อหรือแสดงความเครียดรุนแรง
5. ญาติให้การสนับสนุน รับฟังข้อมูลและฝึกปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วยได้

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรคมะเร็งกล่องเสียง

(พบปัญหาวันที่ 27 เมษายน 2567)

#### ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : -ผู้ป่วยสอบถามว่า จะรู้ผลการตรวจเมื่อไหร่ รออีกนานไหม

Objective data : -ผู้ป่วยมีสีหน้าเรียบเฉย นิ่ง ไม่ค่อยพูด

#### เป้าหมายการพยาบาล

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย
3. เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรับมือกับสถานการณ์

### เกณฑ์การประเมิน

1. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาเบื้องต้น
3. ผู้ป่วยยอมรับแผนการรักษาต่อ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ เกี่ยวกับการรับฟังข่าวร้าย
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ระบายความรู้สึก ความกลัว ความกังวล โดยไม่ตัดสินและรับฟังอย่างตั้งใจ
3. ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้ป่วย เช่น ภาวะของโรค แนวทางการรักษา (ผ่าตัด, การฟื้นฟูเสียง, การดูแลตนเองหลังผ่าตัด)
4. สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวที่ตอบสนองต่อการได้รับข่าวร้ายเป็นระยะ
5. ใช้ สื่อช่วยสอน เช่น แผ่นพับ รูปภาพ หรือวีดิทัศน์ เพื่อเสริมความเข้าใจ
6. สนับสนุนให้ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพูดคุย เพื่อช่วยลดความกังวลและเตรียมความพร้อมทางจิตใจร่วมกัน
7. แนะนำเทคนิคผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ การฟังเพลง การทำสมาธิ (ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย)
8. ประเมินซ้ำว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่ได้รับหรือไม่ โดยการให้ผู้ป่วย/ญาติ ทวนความเข้าใจ
9. สังเกตผู้ป่วยว่ามีภาวะเครียดหรือซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง หากพบอาการดังกล่าว รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาแนวทางการช่วยเหลือต่อ
10. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการติดต่อช่องทางช่วยเหลือ เช่น คลินิกเฉพาะโรค กลุ่มผู้ป่วย หรือหน่วยงานช่วยเหลือจิตใจ

### การประเมินผลการพยาบาล 27 เมษายน 2567

1. ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมและคำพูดที่แสดงถึงความเข้าใจมากขึ้นและยอมรับแผนการรักษา

2.ระดับความวิตกกังวลลดลง ผู้ป่วยและญาติสามารถทวนข้อมูลได้ถูกต้อง

3.ยังต้องติดตามด้านจิตใจและการปรับตัวต่อการสูญเสียเสียงหลังการผ่าตัดต่อไปในระยะยาว

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด

(พบปัญหาวันที่ 28 เมษายน 2567)

### ข้อมูลสนับสนุน

**Subjective data :** 1.ผู้ป่วยถามว่า "ผ่าตัดเอากล่องเสียงออกแล้วจะหายใจ พูด หรือกินอาหารได้ไหม"

2.ผู้ป่วยกล่าวว่า "ยังไม่เข้าใจว่าต้องดูแลตัวเองหลังผ่าตัดอย่างไร"

**Objective data :** 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่พูด ไม่สบตา ขณะฟังคำอธิบาย

2.ญาติผู้ป่วยซักถามเรื่องวิธีดูแลท่อเจาะคอและการเปลี่ยนผ้ารองท่อ

### เป้าหมายการพยาบาล

1.เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

2.เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมดอย่างถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย

3.เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีทักษะและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

### เกณฑ์การประเมิน

1.ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดได้

2.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง สีหน้าผ่อนคลาย พูดคุยได้มากขึ้น

3.ญาติ/ผู้ดูแลสามารถสาธิตวิธีดูแลท่อเจาะคอได้อย่างถูกต้อง

4.ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์ได้

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดของผู้ป่วยและญาติ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การผ่าตัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้ป่วย เช่น วิธีการหายใจผ่านท่อเจาะคอ การสื่อสารหลังผ่าตัด การดูแลแผล
4. ใช้สื่อช่วยสอน เช่น แผ่นพับ รูปภาพ หรือวีดิทัศน์ เพื่อเพิ่มความเข้าใจ
5. ฝึกปฏิบัติจริงร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เช่น การดูแลท่อเจาะคอ การเปลี่ยนผ้ารองท่อ การดูดเสมหะ
6. ประเมินซ้ำโดยให้ผู้ป่วยและญาติทบทวนหรือสาธิตการดูแลที่ได้ฝึกปฏิบัติ
7. สนับสนุนให้ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล และเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย
8. แนะนำช่องทางในการขอรับคำปรึกษาหลังจำหน่าย เช่น เบอร์โทรศัพท์หออผู้ป่วย คลินิกเฉพาะทาง
9. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรรีบกลับมาพบแพทย์ เช่น เสมหะมากผิดปกติ ไข้สูง แน่นหน้าอก

#### ประเมินผลหลังการพยาบาล 28 เมษายน 2567

1. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงถึงภาวะวิตกกังวลลดลง
2. สามารถเปิดเผยความรู้สึกและรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับโรคและเรื่องกลองเสียงได้ดีขึ้น
3. กล้าพูดคุยผ่านการเขียน ชักถาม และให้ความร่วมมือในการฝึกกิจกรรมผ่อนคลาย
4. ครอบครัวมีบทบาทสนับสนุนอย่างเหมาะสม

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 :** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคือภาวะพร่องออกซิเจนจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ (พบปัญหาวันที่ 17-19 พฤษภาคม 2567)

#### ข้อมูลสนับสนุน

**Subjective data :** -

**Objective data :** 1. post op 17/5/67 Total laryngectomy

2. On portex tube no 7.5 with O2 collar mask 10 LPM ,

### 3. ไอซ์บ์เสมหะเองได้น้อย

#### เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยหายใจสะดวก หายใจเร็ว ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว
2. ผู้ป่วยสามารถไอซ์บ์เสมหะออกได้เอง
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ  $O_2\text{sat} = 95-100\%$

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามแผนผังสัญญาณชีพและออกซิเจน ตรวจสอบ  $SpO_2$  อย่างต่อเนื่อง ประเมินลักษณะการหายใจ เช่น ความถี่ ลึก ตื้น เสียงหายใจผิดปกติ ประเมินสีผิวริมฝีปาก เล็บ ว่ามีเขียวคล้ำหรือไม่
2. ดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจและปรับอุณหภูมิของ ระบบ ventilator ให้เหมาะสมเพื่อให้เสมหะอ่อนนุ่ม suction ได้ง่ายไม่อุดกั้นทางเดินหายใจ
3. จัดทำอนคิระสูงเพราะทำให้ระบั้งลมเคลื่อนต่ำ ลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากขึ้น
4. การจัดทำอนคิระระบั้งการเกิด Neck extension ร่วมด้วย
5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเสมอ โดยติดตามและดูดเสมหะอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงหรือเมื่อมีอาการบ่งชี้
6. กรณีมีเสมหะมากและมีเลือดปนกับเสมหะในช่วงแรกหลังผ่าตัด แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อให้การดูแล Tracheostomy cuff ให้มีความดันลมเพียงพอเพื่อป้องกันการสำลักจากเสมหะและเลือด
7. แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อรายงานแพทย์เมื่อเสมหะน้อยลงและไม่มีเลือดปนหรือครบ 48 ชั่วโมง เพื่อพิจารณา off cuff เพื่อป้องกัน Tracheal necrosis

#### การประเมินผลการพยาบาล (ปัญหาวันที่ 17-19 พฤษภาคม 2567)

1. สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 80-88 ครั้ง อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 – 140/70 มิลลิเมตรปรอท,  $O_2\text{Sat} = 99-100\%$

2. ไม่มีภาวะ Cyanosis

3. หลัง 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีเสมหะอ่อนนุ่มและปริมาณลดลง ผู้ป่วยเริ่มช่วยไอออกได้บางส่วน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 :** เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะซีดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด (พบปัญหาวันที่ 18-21 พฤษภาคม 2567)

#### ข้อมูลสนับสนุน

**Subjective data :** ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเพลียเล็กน้อย

**Objective data :** 1. มีบันทึกการผ่าตัดนาน 6 ชั่วโมง 10 นาที เสียเลือดขณะผ่าตัด 250 มิลลิลิตร

2. วันที่ 18-21 พฤษภาคม 2567 ผล Hct 25.9-31.2%, Hb 8.6-10.4 g/dL

3. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณคอ On radivac drain 2 สาย มี discharge สีแดงจางๆ

#### เป้าหมายการพยาบาล

ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (Oxygen saturation)  $\geq 95\%$

2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า Hct และ Hb อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือ

Hct อยู่ระหว่าง 27.6 – 31.2 %

Hb อยู่ระหว่าง 8.6 – 10.4 g/dL

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามอาการและดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา On O2 collar mask 5 LPM, Oxygen saturation monitorsตามแผนการรักษา เพื่อประเมินการได้รับออกซิเจนของผู้ป่วย Keep  $> 95\%$

2. ดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเพื่อลดขยายเต็มที่

3. ดูแลโดยใช้ระบบการพยาบาลทดแทนบางส่วน ในการช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย เพื่อช่วย

ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพื่อลดการใช้ออกซิเจน เช่น ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพและผิวหนัง

4. ติดตามดูแลอาการหลังพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับ LPRC 2 unit iv drip in 4 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของการให้เลือด

5. สังเกตระดับความรู้สึกตัว/ การหายใจ/ อาการ Cyanosis/อาการซีด/ ลักษณะปริมาณของ Radivac drain ดูแล Radivac drain ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และเป็นสุญญากาศตลอด เพื่อป้องกันเลือดคั่งบริเวณแผล

6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินค่า Hb, Hct

**การประเมินผลการพยาบาล วันที่ 18-21 พฤษภาคม 2567**

1. มีค่า Oxygen Saturation  $\geq 95\%$  ตลอดช่วงเวลารักษา

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีอาการเขียว (Cyanosis) หรือซีดผิดปกติ เพิ่มเติม

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า Hct และ Hb อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือ

Hct อยู่ระหว่าง 27.6 – 31.2 %

Hb อยู่ระหว่าง 8.6 – 10.4 g/dL

4. ผู้ป่วยรู้สึกเพลียลดลง ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หรือหน้ามืด

5. Radivac drain มีเลือดสีแดงจาง ๆ ในปริมาณที่ลดลง ไม่มีสัญญาณของเลือดออกซ้ำหรือเลือดคั่ง

6. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับ LPRC 2 unit เช่น ไม่มีไข้หนาวสั่น หอบเหนื่อย หรืออาการแพ้เลือด

7. ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงเพื่อช่วยการหายใจได้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการหายใจลำบาก

8. ญาติได้รับคำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เช่น อาการหอบเหนื่อย ซีด เขียว และเข้าใจวิธีการดูแลเบื้องต้นหลังจำหน่าย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 : มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ**

(พบปัญหาวันที่ 18-20 พฤษภาคม 2567)

**ข้อมูลสนับสนุน**

**Subjective data : -**

**Objective data :** 1. Post op 17/5/67 Total laryngectomy with thyroid lobe

2. ผลการตรวจแคลเซียมในเลือด 17พ.ค.67 Ca= 8.60mg/dL

18พ.ค.67Ca=7.87mg/dL,

19พ.ค.67Ca=8.25 mg/dLและ8.37 mg/dL

20พ.ค.67, 8.21 mg/dL

## เป้าหมายการพยาบาล

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากแคลเซียมต่ำ

## เกณฑ์การประเมิน

ผลเลือดแคลเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าปกติ (8.6 – 10.0) mg/dL

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ เช่น อาการชาตามใบหน้าและแขนขา ตะคริว หายใจลำบาก ความดันโลหิตลดลง

2. ประเมินภาวะ Chvostek sign สัญญาณ Chvostek เป็นหนึ่งในอาการของ hypocalcemia สัญญาณ Chvostek คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อรอบดวงตา ทำการทดสอบได้โดยเคาะที่บริเวณหน้าตักโบหู 2 เซนติเมตร และต่ำ กว่า zygomatic arch ซึ่งเป็นการกระตุ้นโดยตรง อีกวิธีเป็นการ กระตุ้นโดยรีเฟล็กซ์ ซึ่งทำได้โดยการเคาะที่ตำแหน่งระหว่างมุม ปากกับ zygomatic arch ผลจากการกระตุ้นทำให้เกิดการหดตัว และ กระตุกของกล้ามเนื้อที่เลี้ยงโดย facial nerve ข้างที่กระตุ้น ซึ่ง การตอบสนองสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ โดย ระดับที่ 1 มี การกระตุกเฉพาะบริเวณมุมปาก

ระดับที่ 2 มีการกระตุกที่บริเวณ มุมปากและ alae nasi

ระดับที่ 3 มีการกระตุกของกล้ามเนื้อ orbicularis oculi ร่วมด้วย

ระดับที่ 4 มีการกระตุกของ ใบหน้าทั้งซีก

3. ประเมินและติดตามอาการของระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ อาการชาบริเวณใบหน้า มือ ฝ่าเท้า กระตุกเปราะ ทรวงตัวลำบาก มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ

4. ตรวจสอบสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการคงที่ จึงติดตามและบันทึกเป็นทุก 4 ชั่วโมง

5. ดูแลให้ได้รับอาหาร และสารน้ำตามแผนการรักษา

6.แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อเพิ่มระดับแคลเซียมในเลือด ตามแผนการรักษา ดังนี้ 18พ.ค.67 Calcium 500mg 1\*3 O pc, D3-Calcitriol 0.25mg 1\*2 O pc, 10% Calcium gluconate 1 Amp + 5% DW 100 ml drip 20ml/hr.x 2

19พ.ค.67 Calcium 500mg 2\*3 O pc, D3-Calcitriol 0.25mg 2\*2 O pc, 10% Calcium gluconate 2 Amp + 5% DW 100 ml drip 20ml/hr. 2 dose

7.แนะนำการออกกำลังกายเบาๆ ระวังกระดูกแตกหักเนื่องจากกระดูกเปราะบาง

**การประเมินผลการพยาบาล วันที่ 18-20 พฤษภาคม 2567**

วันที่ 18 พฤษภาคม 2567 ภายหลังพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลและดูแลให้ได้รับยา

- 10%calcium gluconate 1 amp + 5% DW 100 ml IVdrip rate 20 ml/hr x II
- Cal tab 1 x 3 Feed pc
- Vit-D 1 x 2 Feed pc

ผลการตรวจระดับแคลเซียมในเลือด Ca = 7.87 mg/dL, Alb = 31. mg/dL ประเมินภาวะ Chvostek sign ไม่พบอาการผิดปกติ ไม่มีอาการชาบริเวณใบหน้า ไม่มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า ไม่เป็นตะคริว ผู้ป่วยพักผ่อนได้

วันที่19 พฤษภาคม 2567 ผลการตรวจระดับแคลเซียมในเลือด เวลา 06.00น. Ca=8.25 mg/dL เวลา 16.00 น.ผล Ca = 8.37 mg/dL พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลและดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

- 10%calcium gluconate 2 amp+5%DW 100 ml drip 20 ml/hr 2 dose
- Cal tab 2 x 3 Feed pc
- Vit-D 2 x 2 Feed pc

ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ประเมินภาวะ Chvostek sign ไม่พบอาการผิดปกติ ไม่มีอาการชาบริเวณใบหน้า ไม่มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า ไม่เป็นตะคริว

วันที่ 20 พฤษภาคม 2567 ผลการตรวจระดับแคลเซียมในเลือด Ca= 8.21 mg/dL พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลและดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา - Cal tab 2 x 3 Feed pc

- Vit-D 2 x 2 Feed pc

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทาม-ตอบ สื่อสารโดยการเขียนภาษาและอ่านปาก ประเมินภาวะ Chvostek sign ไม่พบ  
อาการผิดปกติ ไม่มีอาการชาบริเวณใบหน้า ไม่มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า ไม่เป็นตะคริว

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 :** ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

(พบปัญหาวันที่ 17-20 พฤษภาคม 2567)

### ข้อมูลสนับสนุน

**Subjective data :** 1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผล วันที่ 17 พ.ค.67 Pain score 6/10 คะแนน

วันที่ 19 พ.ค.67 Pain score 5/10 คะแนน

**Objective data :** 1. Post op Total laryngectomy

2. แผลผ่าตัดที่คอ On RD 2 ขวด ที่คอข้างซ้ายและขวา ข้างละ 1 สาย

3. สีหน้าไม่สุขสบาย คิ้วขมวด

### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการปวดแผลหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากยิ่งขึ้น

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยปวดแผลลดลง Pain score  $\leq$  3 คะแนน
2. ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย สามารถนอนพักผ่อนได้
3. ผู้ป่วยไม่บ่นปวดแผล บอกว่าอาการปวดลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกเจ็บปวด โดยการซักถามและใช้ Pain score รวมทั้งสังเกตอาการของผู้ป่วยที่

แสดงถึงความเจ็บปวด เช่น หน้ามึนคิ้วขมวด ร้องครวญคราง

2. แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อบันทึกระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย

3. อธิบายถึงสาเหตุของอาการปวด และวิธีการช่วยเหลือ

แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

-Morphine 4 mg iv prn q 4 hr.

-Dynastat 40mg mg iv q 12 hr x 2 dose

-Onsia 8mg mg iv prn for N/V q 8 hr.

-CPM 10mg iv prn for itching q 6 hr.

4. ดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุด โดยจัดท่านอน Fowler's position
5. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบเหมาะสมกับการพักผ่อนของผู้ป่วย
6. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล และช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆตามความเหมาะสม
7. แนะนำใช้ผ้าขนหนู ประคองแผลบริเวณคอ หรือบริเวณท่อนอกตลอดเวลาคอเวลาไอ
8. แนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวช้าๆและการเปลี่ยนอิริยาบถของร่างกายที่

ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลงเนื่องจากไม่ได้เกิดการเกร็งบริเวณกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและกล้าที่จะเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตัวเอง

9. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสายท่อระบายเลือด ไม่ให้สายท่อระบายเลือดหรือสารคัดหลั่งมีการดิ่งรั้ง หรือเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว

10. ประเมินอาการข้างเคียงของยา Morphine เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการท้องอืด รวมทั้ง ประเมิน Sedation score หลังได้รับยา และประเมิน Pain score ซ้ำหลังให้การพยาบาล

**การประเมินผลการพยาบาล วันที่ 17-20 พฤษภาคม 2567**

วันที่ 17 พฤษภาคม 2567 ภายหลังให้การพยาบาลและได้รับยาแก้ปวด Dynastat 40mg iv q 12 hr. เวลา 18.00น. หลังให้ไม่ได้ขอยาแก้ปวด Morphineเพิ่มเติม อาการปวดลดลง อยู่ที่ระดับ 2/10 คะแนน และไม่พบอาการแทรกซ้อนหลัง ได้รับยา ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถนอนพักได้ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/80 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 19-20 พฤษภาคม 2567 ภายหลังให้การพยาบาลและได้รับยาแก้ปวด MO 3 mg iv ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ ประเมินอาการปวดซ้ำ Pain score 1 Sedation score =0 ไม่พบอาการผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน ไม่พบอาการแทรกซ้อนหลังได้รับยา

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 :** ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะท้องผูก

(พบปัญหาวันที่ 20 พฤษภาคม 2567)

### ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่าไม่ถ่ายอุจจาระมา 4 วัน บ่นอึดอันแน่นท้อง

Objective data : ผู้ป่วยท้องแข็งตึง สีหน้าไม่สุขสบาย

### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

### เกณฑ์การประเมิน

1. ขับถ่ายอุจจาระ 1 ครั้งทุกวัน
2. ผู้ป่วยไม่บ่นแน่นท้อง/กตท้องนิ่ม

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการถ่ายอุจจาระทุกวัน
2. กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ 2000 -3000 มิลลิลิตร/วัน
3. แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อรายงานแพทย์และให้ยาตามแผนการรักษา Senokot 2 tab feed prn hs
5. กระตุ้นให้ Ambulate และ มีการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น
6. แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อลงบันทึกข้อมูลหลังให้การพยาบาล

### การประเมินผลการพยาบาล วันที่ 20 พฤษภาคม 2567

วันที่ 20 พฤษภาคม 2567 หลังพยาบาลประจำหอผู้ป่วยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Senokot 2 tab feed prn hs. ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ในวันที่ 21 พฤษภาคม 2567 หลังถ่ายอุจจาระไม่บ่นแน่นท้อง กตท้อง นิ่มขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13 : อาจเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีไข้

(พบปัญหาวันที่ 17-18 พฤษภาคม 2567)

### ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : 1. ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกร้อนๆ หนาวๆ เพลีย”

- Objective data :** 1. อุณหภูมิร่างกาย 37.9–38.5 องศาเซลเซียส
2. แผลผ่าตัดมี Radivac drain 2 สาย มี discharge สีแดงจาง ๆ ไม่มีหนอง

### เป้าหมายการพยาบาล

1. เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไม่ให้ลุกลาม
2. เพื่อให้อุณหภูมิร่างกายลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (36.5-37.5°C)
3. เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงอาการตอบสนองต่อการรักษาได้ดี

### เกณฑ์การประเมิน

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5–37.5 องศาเซลเซียส
2. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้น เช่น ไม่มีหนอง ไม่มี Redness หรือบวมที่แผล
3. CBC: ค่า WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือมีแนวโน้มลดลง
4. ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่นหรือเพลียมากขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง หรือบ่อยตามแผนการรักษา
2. ประเมินแผลผ่าตัดและ Radivac drain เพื่อสังเกตอาการติดเชื้อ เช่น หนอง กลิ่นเหม็น แดง บวม
3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียง
4. ให้การพยาบาลพื้นฐานเพื่อลดไข้ เช่น เช็ดตัวลดไข้ ให้ยาแก้ไข้ตามแผนการรักษา
5. ส่งตรวจ CBC, CRP หรือ Culture ตามแผนของแพทย์
6. แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการสังเกตอาการติดเชื้อ เช่น มีไข้ หนาวสั่น หรืออาการผิดปกติที่แผล
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ และพักผ่อนอย่างเหมาะสมเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย
8. บันทึกและรายงานผลผิดปกติให้แพทย์ทราบทันที

### การประเมินผลการพยาบาล พบปัญหาวันที่ 17-18 พฤษภาคม 2567

1. อุณหภูมิร่างกายลดลง อยู่ในช่วง 36.8–37.4°C

2. ไม่มีหนอง กลิ่น หรือ Redness ที่แผลผ่าตัดและบริเวณ Radivac drain
3. CBC: ค่า WBC ลดลงหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ (เช่น WBC 9,500 cells/mm<sup>3</sup>)
4. ผู้ป่วยแจ้งว่ารู้สึกสบายตัวมากขึ้น ไม่มีอาการหนาวสั่นหรือเพลียเพิ่ม
5. ไม่มีสัญญาณของการติดเชื้อแทรกซ้อนเพิ่มเติม

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14 :** มีโอกาสเกิดภาวะ การเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self- esteem) เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงและไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ(พบปัญหาวันที่ 20-25 พฤษภาคม 2567)

#### ข้อมูลสนับสนุน

**Subjective data :** 1. ผู้ป่วยบอกว่า “หลังผ่าตัดเสร็จก็จะไม่สามารถพูดได้อีกต่อไปแล้ว”

**Objective data :** 1. ผ่าตัด Total laryngectomy

2. สีหน้าไม่สดชื่น ดูเบื่อหน่าย

3. ใช้กระจกส่องดูท่อนหลอดลมตลอดเวลา

#### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปและมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

#### เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนทัศนคติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยพูดคุยซักถาม และสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเมื่อกล่าวถึงท่อนหลอดลม

คอ

2. พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองและสัมผัส “วันนี้พยาบาลต้องการให้คุณดูหรือ

ลองจับท่อนหลอดลมคอคะ พยาบาลจะอยู่ข้างๆ คุณคะ คุณรู้สึกอย่างไรบ้างคะ” เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การมีท่อนหลอดลมคอและสัมผัสถึงลมหายใจที่ขับออกมา และเพื่อฝึกให้ผู้ป่วยสามารถดูแลทำความสะอาดท่อนหลอดลมคอโดยใช้มือของผู้ป่วยเอง ทั้งนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ความสามารถของตัวเองโดยพยาบาลจะช่วยทำในกิจกรรมที่ผู้ป่วยพร้อม

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีท่อหลอดลมคอและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็ง กล่องเสียงให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างคนปกติ รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดีสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยบอกความก้าวหน้าของการรักษา และเน้นให้เห็นถึงอาการที่ดีขึ้น เช่น มีการหายของแผล การไม่มีภาวะแทรกซ้อนของ Stoma หลังผ่าตัด

4. ส่งเสริมแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จัก Stoma ของตัวเองโดยใช้คำอธิบายต่างๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสัมผัสด้วยตา ด้วยมือ อธิบายเหตุผล ขั้นตอนการพยาบาลเกี่ยวกับทวารเบาเทียมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมขณะให้การพยาบาล ไม่แสดงออกถึงความรังเกียจ และให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ สร้างความมั่นใจในแผนการรักษา และกระตุ้นผู้ป่วยให้ความร่วมมือตลอดการรักษา

5. สังเกตการแสดงออกของญาติ ต่อความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เนื่องจากการได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสมาชิกครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือมีกำลังใจ ส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวโดยเฉพาะการพึ่งพาระหว่างกันดีขึ้น พยาบาลยกย่องชมเชยผู้ดูแล พร้อมทั้งให้กำลังใจเมื่อสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ถูกต้องเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

#### การประเมินผลการพยาบาล(พบปัญหาวันที่ 20-25 พฤษภาคม 2567)

วันที่ 20-21 พฤษภาคม 2567 ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีตนเองได้รับการตัดกล่องเสียงออกไปแล้ว และไม่ สามารถพูดได้เหมือนเดิม แต่สามารถดูแลเช็ดเสมหะที่ขับออกมาทางท่อหลอดลมคอได้ เพียงแต่ยังไม่ชินกับการตนเองไม่สามารถออกเสียงได้

วันที่ 22-24 พฤษภาคม 2567 พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองและสัมผัส “วันนี้พยาบาลต้องการให้คุณดูหรือลองจับท่อหลอดลมคอค่ะ พยาบาลจะอยู่ข้างๆ คุณค่ะ คุณรู้สึกอย่างไรบ้างค่ะ” เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ การมีท่อหลอดลมคอและสัมผัสถึงลมหายใจที่ขับออกมา และเพื่อฝึกให้ผู้ป่วยสามารถดูแลทำความสะอาดท่อ หลอดลมคอโดยใช้มือของผู้ป่วยเอง ทั้งนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ความสามารถของตัวเองโดยพยาบาลจะ ช่วยทำในกิจกรรมที่ผู้ป่วยพร้อม และญาติมีส่วนร่วมในการดูแล มีการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทำความสะอาด สะอาดท่อ การถอดล้าง และข้อมูลเรื่องการฝึกพูด

วันที่ 25 พฤษภาคม 2567 ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับพยายามเรียนรู้ในสิ่งที่พยาบาลสอน ผู้ป่วยมี กำลังใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มทักทายพยาบาล และให้ความร่วมมือในการ รักษาพยาบาลเป็นอย่างดี สนใจเรียนรู้การดูแลทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ มีญาติให้ความช่วยเหลือในการ เช็ดคราบเสมหะที่ผู้ป่วยขับออกมาโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ Stoma ของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 15 : พร่องความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านในการดูแลท่อหลอดลมคอ

(พบปัญหาวันที่ 29 พฤษภาคม 2567)

### ข้อมูลสนับสนุน

**Subjective data :** 1. ผู้ป่วยสอบถามว่า “ต้องปฏิบัติตัว ดูแลตนเองอย่างไรเมื่อกลับบ้าน”

2. ผู้ป่วยถามถึงความแตกต่างระหว่างเจาะคอครั้งแรก กับ การผ่าตัดกล่องเสียง

**Objective data :** 1. แพทย์วางแผนจำหน่ายพร้อม Tracheostomy tube และ NG tube

### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปบ้าน
2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความสามารถในการดูแลท่อหลอดลมคอ
3. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด
4. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

### กิจกรรมการพยาบาล

การวางแผนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามหลัก D- METHOD

**D: Diagnosis** การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

-สอนสาธิตการดูแล Tracheostomy tube ในเรื่องการไอเอาเสมหะออกและการทำความสะอาด inner tube อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

**M: Medicine** ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ปรับขนาดยาเองเมื่อมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล

1. AMK (1) 1x2 Oral pc เป็นยาฆ่าเชื้อ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเข้า-เย็น

2. Cal Tab 1x3 Oral pc ใช้รักษาป้องกันภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเข้า กลางวัน และเย็น

3. Vitamin D 1x3 Oral pc ช่วยเรื่องการดูดซึมแคลเซียมและฟอสฟอรัสในอาหาร และรักษาระดับ แร่ธาตุในเลือดให้เป็นปกติ ควรรับประทาน ครั้งละ1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน และเย็น

4.Paracetamol (500) 1 tab รับประทานทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด

**E : Environment & Economic** จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เนื่องจากบ้าน ใกล้สถานที่ก่อสร้างอาจมีฝุ่นละอองจากการก่อสร้างลอยมากับอากาศ แนะนำผู้ป่วยและญาติจัดหาผ้า สามเหลี่ยมหรือผ้าพันคอปิดบริเวณ Tracheostomy tube ขณะออกนอกบ้าน หรืออยู่ภายนอกตัวอาคาร บ้านเรือน

**T: Treatment** 1. การให้ทักษะและความรู้วิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติ เมื่อกลับไป อยู่บ้านได้อย่าง ถูกต้อง ในเรื่อง การดูแลแผลผ่าตัด การเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อ การเฝ้าระวังการสำลัก อาหาร การระวังพลัดตกหกล้ม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ สามารถกลับไปใช้ ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการมาตามนัดของแพทย์ทุกครั้ง เพื่อประเมิน สภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียง แนะนำให้ความรู้เรื่องแผนการรักษาต่อไป ความรู้เกี่ยวกับ การฉายรังสีร่วมกับเคมี บำบัด อธิบายให้เห็นความสำคัญของการดูแลสภาพเพื่อเตรียมตัวรักษาต่อไป ทบทวนความรู้การ Tracheostomy tube และ NG tube

**H: Health** การฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1.การป้องกันปัญหาข้อจำกัดการเคลื่อนไหวบริเวณกล้ามเนื้อไหล่ด้านขวา เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ซึ่งมี โอกาสเกิดการระคายเคืองต่อ Accessorry nerve ทำให้เกิด Shoulder dysfunction ได้ โดยการให้ คำแนะนำการบริหารคอ (ก้มหน้า เอียงคอ หันหน้าอ้าปาก) การบริหารลิ้น (ขยับลิ้นไปมา กระตุกลิ้นเบาๆ ด้วยก๊อชหรือแปรงสีฟัน)

2.การฟื้นฟูจิตใจ ด้วยการแนะนำเทคนิคผ่อนคลายในรูปแบบต่างๆ

**O: Out patient** การให้ผู้ป่วยเข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เพื่อ ประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมดรวมถึงการ ติดต่อของความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น Inner tube ชำรุด เสมหะเหนียวข้นอุดท่อหลอดลมคอ ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับ การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์เฉพาะทางรังสี 06 มิถุนายน 2567 มีนัดพบแพทย์ที่คลินิกหู คอ จมูก 06 มิถุนายน 2567 และมีนัดพบทีมพยาบาลโภชนาการในวันเดียวกัน เพื่อประเมินภาวะโภชนาการก่อนเริ่ม การรักษา

**D: Diet** การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เนื่องจากผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมสายยางให้อาหาร ดูแลประสานงานให้พบกับพยาบาลด้านโภชนาการของโรงพยาบาลเพื่อทบทวนหลักการให้อาหารทางสายยางและประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมต่อความต้องการของร่างกายผู้ป่วย

**ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 29 พฤษภาคม 2567**

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเนื่องจากกลับบ้าน และสังเกตอาการผิดปกติต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ สามารถตอบคำถามของพยาบาลได้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 16 :** ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

(พบปัญหาวันที่ 29 พฤษภาคม 2567)

**ข้อมูลสนับสนุน**

**Subjective data :** 1.ผู้ป่วยสอบถาม ว่า “ทำไมตนเองต้องได้รับการรักษาเพิ่ม”

2. ผู้ป่วยเขียนคำถาม ว่า “การฉายแสงต้องฉายกี่ครั้ง ”

3.ผู้ป่วยเขียนคำถาม “คีโมกับเคมีบำบัดเหมือนกันไหม มีแบบกินไหม”

**Objective data :** 1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น ไม่ยิ้ม

2. บุตรสาวนั่งจับมือผู้ป่วยตลอดเวลา

**เป้าหมายการพยาบาล**

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

**เกณฑ์การประเมิน**

1.ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุของภาวะที่เป็นอยู่ได้พร้อมทั้งเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์

2.ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

**กิจกรรมการพยาบาล**

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยการแนะนำตนเองและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจรวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกซักถามข้อสงสัยรับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจและยอมรับ พร้อม

ให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้รวมทั้งประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจการรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์ด้านรังสีรักษา ในขอบเขตของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์ด้านเคมีบำบัด ในขอบเขตของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาโดยเป็นสื่อกลาง

ให้กับทีมแพทย์รังสีรักษาและทีมแพทย์เคมีบำบัด ได้รับทราบถึงความต้องการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ

6. อธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมผู้ป่วย เพื่อการรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ

7. ให้คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

ในเรื่องของการเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการรักษา รวมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเพื่อการรักษาในการรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

8. ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังการรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด จากคำแนะนำมาโดยการซักถามกลับหากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น และประเมินความรู้ความเข้าใจอีกครั้งจนผู้ป่วยเข้าใจถูกต้อง

**การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ 29 พฤษภาคม 2567)**

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าภายหลังได้รับข้อมูลการรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดรู้สึกคลายกังวลลง มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดมากขึ้น

2. ผู้ป่วยบอกได้ถึงสาเหตุและอาการของโรคมะเร็งกล่องเสียง และสามารถบอกได้ว่าแพทย์จะให้การรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดพร้อมทั้งบอกถึงขั้นตอนต่าง ๆ ในการเตรียมตัวก่อนมาเริ่มการรักษา และการปฏิบัติตัวภายหลังการรักษาได้ถูกต้อง

## บทที่ 5

### สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

#### สรุปวิเคราะห์กรณีศึกษา

จากการศึกษากรณีผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 56 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ คู่ อาชีพรับจ้าง ให้ประวัติว่า 1 ปี ก่อนมีอาการเจ็บคอ กลืนติด รู้สึกมีอะไรติดในคอ และสำลักอาหารบ่อย ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้รับการรักษาเกี่ยวกับกรดไหลย้อน อาการไม่ดีขึ้น มี.ค.2567 มีอาการไอ เจ็บคอ จุกแน่นบริเวณคอมากขึ้น 23 เมษายน 2567 จึงมารับการตรวจรักษาที่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้รับการตรวจร่างกายและส่องกล้อง (Laryngoscopy) พบ mass at TVC , near total Occuld แพทย์จึงได้รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยภาวะเร่งด่วนเนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ( Upper airway obstruction) เพื่อ tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy 24 เมษายน 2567 ผลชิ้นเนื้อ พบเซลล์มะเร็ง Squamous cell carcinoma, well-differentiated at least แพทย์จึงพิจารณาการรักษา ต่อ คือ การผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด (Total Laryngectomy) วันที่ 17 พฤษภาคม 2567 และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 29 เมษายน 2567

ปัญหาทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดเจาะคอ ครั้งที่1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ( Upper airway obstruction)(23เมษายน 2567) ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด(23เมษายน2567) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่เกิดขึ้นโดยไม่ทันตั้งตัวมาก่อน และจำเป็นต้องเจาะคอเพื่อเปิดทางเดินหายใจใหม่ พยาบาลได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ก่อนและหลัง การผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งประเมินผู้ป่วยในเรื่องความรู้ความเข้าใจการรักษาภาวะเร่งด่วนเนื่องจากมีโอกาสเกิดทางเดินหายใจอุดกั้น ได้ (Upper airway obstruction) ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง(23เมษายน2567) สัญญาณชีพ BP 176/114 mmHg เคยมีประวัติความดันโลหิตสูง หยดยาเอง ไม่ได้รับประทานยามานานแล้ว รายงานแพทย์ทราบ พิจารณาให้รับประทานยา Amlodipine 10mg O pc หลังได้รับยา ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน สัญญาณชีพ BP 123/90 mmHg P 85 /min R 20 ครั้งต่อนาที ออกซิเจน 100 % ภายหลังการผ่าตัดเจาะคอ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงหลังการผ่าตัด (24เมษายน2567) พยาบาลได้ประเมินทัศนคติ การรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและภาพลักษณ์ พร้อมทั้งได้อธิบายแนวทางการดูแลภาพลักษณ์โดยการใช้ผ้าบางๆหรือสวมใส่แมสปิดบริเวณท่อนทอลอดลมคอเพื่อช่วยพรางสายตาบุคคลอื่นและการดูแลท่อนทอลอดลมคอ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรคมะเร็งกล่องเสียง (27เมษายน2567) พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับระยะเวลาการรายงานผลทางพยาธิวิทยา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาเท่าที่สามารถให้ข้อมูลได้ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง

ปัญหาทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งกล่องเสียงและการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด(16พฤษภาคม2567) พยาบาลอธิบายความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งกล่องเสียง ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลวันที่ 16 พฤษภาคม 2567 เพื่อผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด (Total laryngectomy) ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดวันที่ วันที่ 17 พฤษภาคม 2567 เพื่อทำผ่าตัด หลังผ่าตัด Total laryngectomy ย้ายเข้า ICU ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณคอพัน Conform ไว้ On Left (Lt) Radivac drain (RD), On Right (Rt) RD content มีเลือดออกคาสาย ผู้ป่วย On 0.9%D/N/2 1000 ml iv drip 60 ml/hr. วันที่18 พฤษภาคม 2567 ผู้ป่วยมีภาวะซีด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct 25.9 % รายงานแพทย์ให้ PRC 2 unit iv drip และแคลเซียมในเลือดต่ำ จากการประเมินพบผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจ อยู่ระหว่าง 50-60 ครั้งต่อนาที ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะแคลเซียมต่ำ Calcium 7.87 mg/dl รายงานแพทย์ ให้การรักษา 10% Calcium gluconate 1 amp + 5 DW 100ml \*2 iv drip 20 ml/hr. Calcium 500mg 1\*3 O pc, D3-Calcitriol 0.25mg 1\*2O pc ดูแลให้ได้ยาชนิดรับประทาน ดูแลให้เลือด และสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง 19 พฤษภาคม 2567 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยยังมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ Calcium 8.25 mg/dl รายงานแพทย์ คงให้การรักษาตามคำสั่งเดิม คือ 10% Calcium gluconate 1 amp + 5 DW 100ml \*2 iv drip 20 ml/hr. หลังให้ยาครบ Off ส่ง Lab Ca, Alb at 16.00น. หลังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการออก รายงานแพทย์ Calcium 8.37mg/dl

ปัญหาทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดครั้งที่ 2: การผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ได้แก่ 1) วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด

ปัญหาทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดครั้งที่ 2: การผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคือภาวะพร่องออกซิเจนจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ 2) ตัวนำออกซิเจนลดลงเนื่องจากมีภาวะซีด 3) มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ 4) ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด 5) ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะท้องผูก 6) อาจเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีไข้ 7) มีโอกาสเกิดภาวะ การเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self- esteem) เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงและไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ 8) ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านในการดูแลท่อหลอดลมคอ 9) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด

พยาบาลมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ติดตามปัญหาทางการพยาบาล หลังการผ่าตัด ครั้งที่ 2 รวมถึงการเยี่ยมติดตามหลังผ่าตัดจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและเยี่ยม

ติดตามทางโทรศัพท์ต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ และความพร้อมของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ในการดูแล Tracheostomy tube การดูแล NG tube และการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การรักษาด้วยรังสีและเคมีบำบัดในลำดับต่อไป แพทย์นัดตรวจติดตามต่อเนื่อง หลังผ่าตัด ที่คลินิกหู คอ จมูก วันที่ 6 มิถุนายน 2567

จากปัญหาที่พบในผู้ป่วยรายนี้ขณะอยู่ในความดูแล ได้นำทฤษฎีทางการพยาบาลของรอย Roy's Adaptation Model มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยรายนี้ในมิติต่างๆ ได้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพลักษณะ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัด และเตรียมพร้อมต่อการรักษาในระยะต่อไปอย่างมั่นใจ รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข แม้ต้องมี Tracheostomy tube และสูญเสียกลองเสียงตลอดชีวิตก็ตาม ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีความสามารถในการรับรู้ การคิด และการตัดสินใจแต่ไม่สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ บางอย่างได้เนื่องจากพยาธิสภาพและแผนการดูแลรักษา โดยมุ่งเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการสูญเสียความสามารถในการพูดตามธรรมชาติ ส่งผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกสิ้นหวัง อับอาย ขาดความมั่นใจ หรือกลัวการกลับไปใช้ชีวิตในสังคม ภาวะเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาพปัญหาแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการให้การดูแล ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสนับสนุนการเรียนรู้วิธีการสื่อสารรูปแบบใหม่ เช่น การใช้เสียงหลอดอาหาร (Esophageal Speech) เครื่องกำเนิดเสียงไฟฟ้า (Electrolarynx) หรือการผ่าตัดเปิดช่องทางสื่อสารหลอดอาหาร-หลอดลม (Tracheoesophageal Puncture: TEP) ตลอดจนการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนแก่ครอบครัว ซึ่งมีบทบาทเป็นแหล่งพลังใจที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรี

สรุปปัญหาระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการดูแลท่อหลอดลมคอ และการสูญเสียภาพลักษณ์ และขาดแหล่งประโยชน์สำหรับการฝึกพูด รวมถึงผู้ป่วยรายนี้มีแผนการรักษาต่อคือ การรักษาโดยรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัด ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ในการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เสริมพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลเรื่องแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลรักษา และการฝึกทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษา เผชิญหน้ากับความเจ็บป่วย ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้เหมาะสม และช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดและมาตรวจตามนัดรับการรักษาของแพทย์ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติต้องมีความรู้ความเข้าใจเมื่อกลับไปดูแลตัวเอง ต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลควรให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อเป็นการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างสมศักดิ์ศรี

## ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัดและแนวทางการแก้ไขปัญหา

### ตารางที่ 11 ปัญหาอุปสรรคข้อจำกัดและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ลำดับ	ปัญหาอุปสรรคข้อจำกัดที่พบ	การแก้ไขปัญหา
1	ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีพื้นฐานทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาที่ซับซ้อน เช่น การดูแล Tracheostomy tube การให้อาหารทาง NG tube หรือการสื่อสารทางเลือก	-จัดทำคู่มือ ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร สราธิต และฝึกปฏิบัติซ้ำๆ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามอย่างต่อเนื่อง
2	ผู้ป่วยเผชิญกับความสูญเสียจากการไม่สามารถพูดได้ตามปกติและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล	-ใช้การประเมินภาวะทางอารมณ์ การให้คำปรึกษา การให้กำลังใจ และส่งต่อไปยังทีมสุขภาพจิตหากมีความจำเป็น รวมถึงสนับสนุนครอบครัวในการให้ความรัก ความเข้าใจ และอยู่เคียงข้างผู้ป่วย -แนะนำชมรมฝึกพูดสำหรับผู้ไร้กล่องเสียง เช่น รพ.รามธิบดี ร.ราชวิถี เป็นต้น -แนะนำแหล่งประโยชน์ให้ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเข้ารับการฝึกพูด ตามเขตหรือภูมิภาคที่อยู่อาศัย

### ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาสื่อการสอนและคู่มือการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เช่น วิดีโอสั้น แผ่นพับที่มีภาพประกอบ และคำอธิบายที่ชัดเจน

2. สนับสนุนให้พยาบาลประจำคลินิกเฉพาะทางได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดออกทั้งหมด เพื่อให้คำแนะนำสำหรับการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วย เพื่อการดูแลแบบองค์รวม และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือช่วยพูดหรือฝึกพูดแบบอื่นๆ อย่างเหมาะสม

3. สนับสนุนให้พยาบาลมีการพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะทาง เช่น การดูแลผู้ป่วยที่มี Tracheostomy และการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดได้ เพื่อให้สามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล

พ.ศ.2565. เข้าถึงเมื่อ 29 มิถุนายน 2567, จาก

[https://www.nci.go.th/e\\_book/hosbased\\_2565/index.html](https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2565/index.html)

กษมา ตันติพลาชีวะ. ตำราศัลยศาสตร์ ภาค 2 . (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพมหานคร: ไพลินบุ๊คเน็ต

.2557. คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเล่ม 1(พิมพ์ครั้งที่ 12 ).

นนทบุรี: โครงการสวัสดิการสถาบันพระบรมราชชนก. 2553.

กิตติ จันทรพัฒนา. (2561). ก่อนที่ลำคอ Neck mass. สงขลา. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

ขวัญฤทัย พันธุ์. (2564). การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

ครรชิต ปิยะเวทวิรัตน์. All about Critical Care : Toward critical care excellence .

กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.2559.

จิราพร ตระการจันทร์สิริ. (2566). การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนใน

โรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร. บุรพาเวชสาร, 10(1), 38-53.

จีระสุข จงกลวัฒนา และ โชคชัย เมธีไตรรัตน์. (2564). โรค หู คอ จมูก : สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์

เวชปฏิบัติทั่วไป เล่ม 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธีรพร รัตนานอกชัย และสุภาภรณ์ ศรีรัมย์โพธิ์ทอง. (2557). ตำราหู คอ จมูก สำหรับนักศึกษาแพทย์และ

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ธงชัย พงศ์มขพัฒน์ และบุญชู กุลประดิษฐ์รามณ์. (2550). มะเร็งช่องคอหลังโพรงจมูก. ตำราโสต ศอ

นาสิกวิทยา. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก.

ไพรสุดา บัวลอย. การพยาบาลศัลยศาสตร์และห้องผ่าตัดทันยุค 3=Update surgical and Perioperative

nursing. สงขลา : ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.2560.

ศรีสุนทร จีเมวทรัพย์พัฒน์. (2566). การพยาบาล หู คอ จมูก (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). ธนาเพลส จำกัด 9:

โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2560. บริษัทพรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด.2561.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2562 .[ออนไลน์].เข้าถึงได้จาก :

[https://www.nci.go.th/e\\_book/cit\\_x/index.html](https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html) [20 มิ.6. 2567].

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2564). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2563. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

สมจินต์ จินตาวิจักษณ์, เสาวคนธ์ ศุภโรยอิน,สมชาย ณะสิทธิชัย, อาคม ชัยวีระวัฒน์,และวีรุฒิไเอี่ยมส

ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง กล่องเสียงและคอส่วนล่าง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์

แห่งชาติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ; 2557.

สมพร ชินโนรส (บ.ก.). (2561). การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 4, ฉบับปรับปรุง).

กรุงเทพฯ: ไร่ไทยเพรส.

ปารยะ อาศนะเสน.(2553). *มะเร็งกล่องเสียง*.Retrieved form.

<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=553>

ปารยะ อาศนะเสน.(2559).*การเจาะคอ (Tracheostomy)*. Retrieved form.

<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1079>

ผกาภรณ์ พิณจันทรานุกูล. (2559,มกราคม-เมษายน). “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการ

ผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมดและการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอออกทั้งหมด: กรณีศึกษา 3 ราย,”

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 13(1)

เอกภพ แสงอรียวนิช. (2563,กันยายน-ตุลาคม). “ผลการรักษาด้วยการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมดในผู้ป่วย

มะเร็งกล่องเสียงและมะเร็งช่องคอส่วนล่าง,” *ศรีนครินทร์เวชสาร* 35(5):568-575

สุภาณี แก้วอัมรงค์, นุจรี ฮะค่อม.(2563). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ได้รับการเจาะคอ

และใส่ท่อหลอดลมคอในหอผู้ป่วยไอซียู.*วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*,28(4)

อรนันท์ หาญอุท. (2565). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).ธนอรุณการพิมพ์.

บทความจาก Siamhealth.ภาวะที่แคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :  
[http://www.siamhealth.net/public\\_html/Health/good\\_health\\_living/vitamin\\_and\\_mineral/hypocalcemia.html#.U06vikb5ph](http://www.siamhealth.net/public_html/Health/good_health_living/vitamin_and_mineral/hypocalcemia.html#.U06vikb5ph). สืบค้น 20 มิถุนายน 2557

Sinclair CF, et al. Pharyngocutaneous fistula following total laryngectomy: A systematic review. *Laryngoscope*. 2013.

<https://www.mountsinai.org/health-library/selfcare-instructions/tracheostomy-tube-speaking>

**Mikee Larrazabal.** Tracheostomy: The Benefits of Being Able to Speak. เข้าถึงได้จาก

<https://www.betterspeech.com/post/tracheostomy-the-benefits-of-being-able-to-speak>

สืบค้น 20 มิถุนายน 2557

American Cancer Society. (n.d.). Speech rehabilitation after laryngectomy. Retrieved June 8, 2025, from <https://www.cancer.org/cancer/laryngeal-and-hypopharyngeal-cancer/after-treatment/speech-rehabilitation.html>

American Joint Committee on Cancer. (2016/2017). *AJCC Cancer Staging Manual* (8th ed.). New York, NY: Springer.

Lexicomp. (2024). *Calcium Gluconate – Drug Monograph*. Wolters Kluwer Health.

McEvoy, G.K. (2023). *AHFS Drug Information*. American Society of Health-System Pharmacists.

Mayo Clinic. (n.d.). *Tracheostomy: What you can expect*. Retrieved June 8, 2025, from <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/tracheostomy/about/pac-20385075>

ภาคผนวก

## รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

### 1. Amoxyklab

ประเภท	กลุ่มเพนิซิลลิน
ข้อบ่งใช้	ขจัดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ เช่น ปอดบวม หลอดลมอักเสบ ติดเชื้อในหูทางเดินปัสสาวะ และผิวหนัง ใช้ร่วมกับ Omeprazole หรือ Lansoprazole และ Clarithromycin เพื่อรักษา Duodenal ulcers โดย Helicobacter pylori
การออกฤทธิ์	ยับยั้งการสร้างผนังเซลล์แบคทีเรีย อยู่ในกลุ่ม Broad spectrum penicillin เป็นเพนิซิลลินที่สังเคราะห์ขึ้น ให้มีขอบเขตในการฆ่าเชื้อโรคกว้างขึ้นกว่าเพนิซิลลินชนิดอื่น นอกจากนี้จะทำลายแบคทีเรียที่ไวต่อ Penicillin G และยังทำลายแบคทีเรียแกรมลบได้ดีอีกด้วย ยาออกฤทธิ์คล้ายกับ Ampicillin แต่ระดับยาในเลือดจะสูงกว่า Ampicillin 2.5 เท่า ในขนาดเท่ากัน
อาการข้างเคียง	คล้าย Ampicillin แต่โอกาสเกิดน้อยกว่า ที่พบบ่อย คือ มีผื่นแดงขึ้นตามตัวแต่ไม่คัน ซึ่งอาการแพ้ยา ปวดศีรษะ เจ็บในปาก มีอาการคัน
การพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> <li>ยานี้ไม่ถูกรบกวนโดย Penicillinase และกรดในกระเพาะอาหาร จึงให้รับประทานได้ทั้งก่อนและหลังอาหาร</li> <li>ก่อนเริ่มให้ยาครั้งแรก ควรสอบถามประวัติการแพ้ยาก่อน ถ้ามีประวัติการแพ้ยาให้เขียนไว้ใน OPD card รายงานของผู้ป่วยให้ชัดเจน เพื่อระวังในการใช้ยาหรือสารต่างๆ เป็นพิเศษ</li> <li>ก่อนเริ่มให้ยาครั้งแรก ควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษา เพื่อเก็บ specimens ต่างๆ เช่น เลือด ปัสสาวะ เสมหะ เป็นต้น ส่งตรวจหาเชื้อก่อน</li> </ol>

### 2. Metoclopramide

ชื่อสามัญ	Metoclopramide
ชื่อการค้า	Elian, Emeta, Censi, Hawkperan, H-Peran, Manosi, Mari, Meranie

<b>ประเภท</b>	ยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่นิยมใช้มากเพราะได้ผลดี
<b>ข้อบ่งใช้</b>	ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการได้รับยาเคมีบำบัด
<b>การออกฤทธิ์</b>	จับกับ Chemoreceptor trigger zone (CTZ) และออกฤทธิ์ต้านการหลั่ง Dopamine ซึ่ง เป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่สำคัญของ CTZ ทำให้ Thredshold ของ CTZ เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังลดสัญญาณประสาทของระบบทางเดินอาหารไปยังศูนย์อาเจียน และเพิ่มการ หดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดในหลอดอาหาร ทำให้อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง ผลข้างเคียง ง่วงนอน อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ท้องผูก หรือท้องเสีย ปากแห้ง มีผื่นขึ้นตามร่างกาย อาการบวม
<b>การพยาบาล</b>	1. ให้หลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวกับเครื่องจักรกลและการขับรถขณะรับประทานยา 2. สังเกตอาการแพ้ยาและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับการกดสมองของยา ต้องสังเกต อาการที่เรียกว่า Extrapyrimal symptoms ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของประสาท ควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้มีการสั่นกล้ามเนื้อเกร็ง การเคลื่อนไหวลำบาก ตาเหลือก ลูก ตาวิ่งขึ้นลงอย่างรวดเร็ว อาการเหล่านี้จะหายไปเองเมื่อหยุดยา 3. สังเกตภาวะโซเดียมในเลือดสูงและโปแตสเซียมในเลือดต่ำ
<b>3. MO IR</b>	
<b>ชื่อสามัญ</b>	Morphine IR
<b>ชื่อการค้า</b>	Oramorph MO IR
<b>ประเภท</b>	ยาระงับปวดชนิดเสพติด สกัดได้จากฝิ่นตามธรรมชาติ มีประสิทธิภาพสูงสุดในกลุ่มอาการ ปวด
<b>ข้อบ่งใช้</b>	บรรเทาความเจ็บปวด เป็น Immediate release
<b>การออกฤทธิ์</b>	กระตุ้น opioid receptor ได้ดี ในไขสันหลังและที่สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด ทำให้การนำความรู้สึกและการแปลผลเกี่ยวกับความเจ็บปวดลดลง
<b>ผลข้างเคียง</b>	ที่สำคัญ คือ กัดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เวียนศีรษะ

ท้องผูก ม่านตาเล็กลง ปัสสาวะไม่ออก อาการพิษจะเกิดจากการใช้ยาเกินขนาดเช่น ไม่วูรูลีกตัว ม่านตาเท่ารูเข็ม หายใจช้ามาก ในที่สุดเป็น Chyne-Strokes

การพยาบาล 1.สังเกตและตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา ถ้าพบอัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที ควรรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณางดยา

2. สังเกตอาการข้างเคียงของยา อาการติดยา ถ้ายาระคายเคืองกระเพาะอาหาร ให้รับประทานยาร่วมกับนมหรืออาหาร หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและยากดประสาท

#### 4. Senokot

ชื่อสามัญ	Senna
ชื่อการค้า	Agiolax, Circanetten, Emulax, Senokot
ประเภท	ยาถ่ายในกลุ่มที่กระตุ้นการถ่ายอุจจาระ
ข้อบ่งใช้	รักษาภาวะท้องผูก
การออกฤทธิ์	ยาจะออกฤทธิ์หลังรับประทานยาภายใน 12 ชั่วโมง โดยแบคทีเรียในลำไส้จะช่วยย่อย Glycosides ของมะขามแขก ให้กลายเป็นกลูโคสและ Emodins ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นปลายประสาทที่ลำไส้ใหญ่ ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น และมีฤทธิ์ทำให้น้ำและเกลือแร่ในลำไส้เพิ่มมากขึ้นด้วย ผลข้างเคียง ปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ หากใช้นาน ๆ อาจทำให้เกิดท้องเสีย สูญเสียน้ำและเกลือแร่ น้ำหนักลด
การพยาบาล	1.การเก็บยา ต้องระวังไม่ให้สัมผัสกับความร้อนและแสงสว่าง เพราะยาจะเสื่อมสภาพได้ง่าย ควรให้รับประทานยานี้ก่อนนอน

#### 5. Paracetamol

ชื่อสามัญ	Paracetamol
ชื่อการค้า	Paracap, Paracet, Paracetamol ANB, Paracetamol General Drugs

<b>ประเภท</b>	ระงับปวด (ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ) ลดไข้ เป็นยาชนิดไม่เสพติดที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย เพราะมีฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารน้อยกว่ายาในกลุ่ม NSAIDs และแอสไพริน และให้ผลระงับปวดลดไข้ได้ดี
<b>ข้อบ่งใช้</b>	ควบคุมอาการปวดศีรษะ ปวดหู ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ลดไข้จากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส
<b>การออกฤทธิ์</b>	ยับยั้งการสังเคราะห์ Prostaglandins ในระบบประสาทส่วนกลางได้ดี แต่ยับยั้งการสร้างสารนี้ที่บริเวณนอกสมองได้น้อย โดยเฉพาะในบริเวณที่เกิดการอักเสบ ซึ่ง Prostaglandins เป็นตัวทำให้เกิดความเจ็บปวด และทำให้เกิดไข้ที่มีผลต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ที่ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ยาจะออกฤทธิ์สูงสุดในเวลา 30-60 นาทีหลังได้รับยา หากได้รับยาเกินขนาดจะมีพิษต่อตับและไต จึงไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 7 วัน
<b>ผลข้างเคียง</b>	ง่วงซึม แพ้ยา เช่น มีผื่น บวม เป็นแผลที่เยื่อช่องปาก มีไข้ เป็นต้น ในขนาดที่มากเกินไป อาจทำให้เกิดตับวายและถึงแก่ความตายได้ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย อาการดีขึ้นระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
<b>การพยาบาล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ควรดื่มน้ำ เครื่องดื่ม หรือรับประทานอาหารเลวบ่อย ๆ เพื่อช่วยลดความร้อนไม่ควรดื่มน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรดหลังรับประทานยา</li> <li>2. ไม่ซื้อยารับประทานเองและไม่ใช้ยาเป็นเวลานาน เพราะอาจทำให้รับประทานยาเกินขนาด เกิดพิษและอาการข้างเคียง</li> </ol>

## 6. Vitamin D

<b>ชื่อการค้า</b>	Cholecalciferol
<b>ประเภท</b>	วิตามินและแร่ธาตุเสริม
<b>ข้อบ่งใช้</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รักษาภาวะเกลือแคลเซียมในเลือดต่ำ</li> <li>2. รักษาโรคกระดูกอ่อน/โรคกระดูกน่วม</li> <li>3. รักษาภาวะ Hypoparathyroidism (ภาวะมีฮอร์โมนจากต่อมพาราไทรอยด์ต่ำ)</li> </ol>

4. บำบัดรักษาอาการขาดวิตามินดีของร่างกาย
5. เป็นส่วนประกอบของยากลุ่มวิตามินรวมบำรุงร่างกาย

**การออกฤทธิ์** ยาวิตามินดี คือ ตัวยาวิตามินดีจะถูกเปลี่ยนโครงสร้างจากตับไปเป็นสารตั้งต้นในการทำงาน วิตามินดีคือ 25-hydroxyvitamin D จากนั้นสารนี้จะถูกส่งผ่านไปที่ไต และถูกเปลี่ยนไปเป็นสารที่สามารถออกฤทธิ์ทำงานได้โดยมีชื่อเรียกว่า 1,25-dihydroxyvitamin D จากนั้นสารนี้จะทำให้ร่างกายดูดซึมเกลือแคลเซียมและฟอสเฟตจากลำไส้เล็ก ทำให้เกลือทั้งสองตัวนี้เพิ่มสูงในกระแสเลือดจนก่อให้เกิดฤทธิ์ของการรักษาตามสรรพคุณ

**ผลข้างเคียง** กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดข้อ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กระดูกผุ เนื่องจากระดับแคลเซียมในเลือดสูง อาจมีการสะสมแคลเซียมตามอวัยวะต่างๆ เช่น หลอดเลือด ไต ปอด เป็นต้น

**การพยาบาล**

1. แนะนำให้ผู้ที่เป็โรคขาดวิตามินดี รับประทานอาหารที่มีวิตามินดี สูง
2. ไม่ควรใช้วิตามินดี ขนาดสูงในเด็กเพราะอาจทำให้การเจริญเติบโตหยุดชะงัก ในโรคหัวใจ และในผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูง

## 7. Caltrate

**ชื่อการค้า** Caltrate plus tablet

**ประเภท** แคลเซียมเป็นอิเล็กโทรไลต์ที่อยู่มากเป็นอันดับ 5 ในร่างกาย โดยมากกว่าร้อยละ 90 สะสมอยู่ในกระดูก

**ข้อบ่งใช้** ใช้เพื่อรักษาหรือป้องกันระดับแคลเซียมต่ำ

**การออกฤทธิ์** เมื่อรับประทานเข้าไป แคลเซียมจะถูกดูดซึมในลำไส้เล็ก (ดูดซึมดีขึ้นเมื่อมีวิตามิน D) และเข้าสู่กระแสเลือด → ส่งต่อไปยังกระดูกเพื่อใช้ในการสร้างและซ่อมแซมเนื้อกระดูก

**แหล่งที่พบ** นม ถั่ว ผักใบเขียว ไข่ และปลาที่มีกระดูกอ่อนรับประทานได้

- ประโยชน์**
1. เป็นโครงสร้างของกระดูกและฟัน
  2. มีความสำคัญต่อการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โดยกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาท แคลเซียมมีความจำเป็นต่อการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ
  3. ช่วยในการแข็งตัวของเลือด
  4. มีความจำเป็นในการเจริญเติบโต และสร้างเม็ดเลือด

<b>ผลข้างเคียง</b>	คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง
<b>การพยาบาล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บันทึกสัญญาณชีพ เมื่อพบสิ่งผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ หากผู้ป่วยได้รับยา Digoxin ต้องจับชีพจร หรือมีอัตราการเต้นของหัวใจช้าแสดงถึงอาการแสดงของพิษจาก Digitalis</li> <li>2. ให้ความระมัดระวังสำหรับผู้ป่วยโรคไต มีนิวในทางเดินปัสสาวะ</li> <li>3. ไม่รับประทานพร้อมยา Tetracycline หรือ ฟลูออไรด์ เพราะทำให้การดูดซึมลดลง</li> <li>4. ตรวจระดับแคลเซียมเลือดและปัสสาวะก่อนให้แคลเซียมโดยวิธีฉีด และไม่ควรรีดเกิน 1 มิลลิลิตร/นาที</li> <li>5. ติดตามผล EKG ถ้ามีภาวะ Hypocalcemia พบ ST segment ยกสูงขึ้น และ QT interval ยาว หรือถ้ามีภาวะ Hypercalcemia จะพบ ST segment ต่ำลง และ QT interval สั้น</li> <li>6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 หลีกเลี่ยงการใช้ยาละลาย หรือภาวะท้องผูกเพราะจะลดการดูดซึมแคลเซียมในทางเดินอาหาร</li> <li>6.2 รับประทานแคลเซียมพร้อมอาหารหรือหลังอาหารเพื่อเพิ่มการดูดซึม</li> <li>6.3 รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ผลิตภัณฑ์จากนม อาหารที่มีโปรตีนสูง</li> </ol> </li> </ol>

## 8. Augmentin

<b>ชื่อสามัญ</b>	Amoxicillin + Clavulanic acid
<b>ชื่อการค้า</b>	Augmentin
<b>ประเภท</b>	ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) Penicillin combination
<b>ข้อบ่งใช้</b>	ใช้รักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ (ไซนัสอักเสบ, หลอดลมอักเสบ, ปอดบวม) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง การติดเชื้อในช่องท้อง หรือฟัน
<b>การออกฤทธิ์</b>	ออกฤทธิ์ต่อเชื้อแบคทีเรียที่ไวต่อสิ่งมีชีวิตในช่วง ขั้นตอนการยับยั้งการสังเคราะห์การสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย ส่วนคลาวูลานาต clavulanate) หรือกรดคลาวูลานิก (clavulanic acid) เป็นยาต้านเอนไซม์เบต้าแล็คทาเมส (beta-lactamase inhibitors) เพื่อป้องกันยาเพ

นิซิลลิน (penicillins) ไม่ให้ถูกทำลายด้วยเอนไซม์เบต้าแล็คทาเมสซึ่งจะทำลายยาเพนิซิลลิน (penicillins) ก่อนที่ยาจะฆ่าเชื้อแบคทีเรีย

#### ผลข้างเคียง

- หากใช้ยานี้แล้วเกิดอาการบวมของใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้น และกล่องเสียง หรือหายใจลำบาก ให้หยุดใช้ยาและปรึกษาแพทย์ทันที
- หากใช้ยานี้แล้วเกิดผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นท้อง หยุดใช้ยาและปรึกษาแพทย์ทันที
- อาการที่พบได้บ่อยครั้งได้แก่ ถ่ายเหลว (ร้อยละ 3 -34 ขึ้นกับขนาดยาที่ใช้)

#### การพยาบาล

- ยานี้ไม่ถูกรบกวนโดย Penicillinase และกรดในกระเพาะอาหาร จึงให้รับประทานได้ทั้งก่อนและหลังอาหาร
- ก่อนเริ่มให้ยา dose แรก ควรถามประวัติการแพ้ยาก่อน เพื่อระวังในการให้ยาหรือสารต่างๆเป็นพิเศษ
- ก่อนเริ่มให้ยา dose แรก อาจมีการเก็บ specimens ต่างๆ เช่น เลือด ปัสสาวะ เสมหะ เป็นต้น ส่งตรวจหาเชื้อก่อน
- ไม่ควรให้ดื่มน้ำผลไม้ เครื่องดื่มที่มีความเป็นกรดสูง เพราะทำให้ยาแตกตัวและสลายตัว เป็นผลให้การดูดซึมและฤทธิ์ยาลดน้อยลง
- ให้รับประทานยาสม่ำเสมอติดต่อกันเป็นเวลานาน 5-7 วัน ไม่หยุดใช้ยาเองเพราะอาจทำให้โรคกลับเป็นอีก
- หลังให้ยาควรสังเกตอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้นอย่างน้อย 30 นาที หากมีอาการชั้นรุนแรง ชนิด Anaphylaxis ให้รีบเตรียม adrenaline (1 ต่อ 1,000) ขนาด 0.3 – 0.5 มิลลิลิตร เพื่อฉีดเข้าใต้ผิวหนังทันที และให้สารน้ำ 5% D/NSS เข้าหลอดเลือดดำ
- ศึกษาคำแนะนำที่แนบมากับขวดยาหรือปรึกษาเภสัชกร เมื่อมีปัญหาในการผสมยาชนิดและปริมาณของตัวทำละลาย
- ตรวจสอบปริมาณน้ำที่ออกจากร่างกายหากน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง หรือ 600 มิลลิลิตรต่อวัน รายงานแพทย์เพื่อปรับขนาดยา
- ในรายที่ได้รับยา Ampicillin, Amoxycillin อธิบายให้ทราบว่าประมาณ วันที่ 3 หลังจากที่ได้รับยา อาจเกิดผื่นแดงบริเวณหน้าอก ไม่คัน ไม่จำเป็นต้องหยุดยาอาการจะหายไปเอง ภายใน 1-2 วัน

- กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ (หากไม่ขัดต่อแผนการรักษา) เพื่อลดไข้และเพิ่มการขับถ่ายยา

## 9. Ondansetron

ชื่อสามัญ	Ondansetron
ชื่อการค้า	Dantron 8, Emeset, Emistop, Emistop, Onsia, Vomitron, Zetron
ประเภท	ยาป้องกันอาการอาเจียน
ข้อบ่งใช้	ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด
การออกฤทธิ์	เลือกจับกับ Serotonin receptor ชนิด 5-HT <sub>3</sub> (5-HT <sub>3</sub> serotonin antagonist) และปิดกั้นบริเวณปลายประสาทและส่วนกลางใน Chemoreceptor trigger zone (CTZ)
ผลข้างเคียง	วิงเวียน ง่วงนอน ปวดศีรษะ ท้องเดิน ท้องผูก ปากแห้ง
การพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้หลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวกับเครื่องจักรกลและการขับรถขณะรับประทานยา</li> <li>2. หากต้องการป้องกันอาการอาเจียนขณะรับประทานอาหาร ต้องให้รับประทานยาก่อนอาหารประมาณ 30 นาที</li> <li>3. สังเกตอาการแพ้ยาและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับการกดสมองของยา ต้องสังเกตอาการที่เรียกว่า Extrapyramidal symptoms ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้มีการสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง การเคลื่อนไหวลำบาก ตาเหลือก ลูกตาวิ่งขึ้นลงอย่างรวดเร็ว อาการเหล่านี้จะหายไปเองเมื่อหยุดยา</li> </ol>

## 10. Chlorpheniramine Maleate

ชื่อสามัญ	Chlorpheniramine Maleate
ชื่อการค้า	Chlorpheniramine Maleate, Histamin, Chlor-Trimeton
ประเภท	ยาด้านฮีสตามีนชนิดเก่า (First-generation Antihistamine)
ข้อบ่งใช้	เพื่อป้องกันอาการแพ้ยาเคมี
การออกฤทธิ์	กลไกการออกฤทธิ์ต้านฮีสตามีน ต้านการบวมลดการหดเกร็งของระบบทางเดินหายใจทางเดินอาหารและกล้ามเนื้อเรียบ

ผลข้างเคียง	ง่วงซึม มีน ปากจมูกและคอแห้ง ท้องเสีย ท้องผูก
การพยาบาล	-สังเกตอาการแพ้ยาและอาการเปลี่ยนแปลงเช่น อาการหนาวสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง -ดูแลความสะอาดปาก ฟัน ถ้ามีอาการคอแห้งแนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 2000-2500 ซีซีต่อวัน -สังเกตผลข้างเคียงของยา เช่น ง่วงซึม

## 11. Dynastat

ชื่อสามัญ	Parecoxib sodium
ชื่อการค้า	Dynastat
ประเภท	ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID)
ข้อบ่งใช้	บรรเทาปวดหลังผ่าตัด, ปวดเฉียบพลัน
การออกฤทธิ์	1.ออกฤทธิ์โดย ยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase-2 (COX-2) 2. COX-2 เป็นเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสาร prostaglandins ซึ่งมีบทบาทในกระบวนการอักเสบและความเจ็บปวด 3.การยับยั้ง COX-2 → ลดการสร้าง prostaglandins → ลดการอักเสบและบรรเทาอาการปวด 4.ไม่ยับยั้ง COX-1 มากนัก → ลดผลข้างเคียงต่อกระเพาะอาหารและไต (เมื่อเทียบกับ NSAIDs แบบไม่เลือกจำเพาะ)
ผลข้างเคียง	ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตสูง บวม (จากการคั่งของน้ำและโซเดียม) มีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หากใช้ระยะยาวหรือในผู้ป่วยโรคหัวใจ
ข้อควรระวัง	1.หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง หัวใจล้มเหลว ความดันสูงที่ควบคุมไม่ได้ ไตวาย 2.ห้ามใช้ในผู้ป่วยแพ้ sulfonamides หรือ NSAIDs อื่น ๆ 3.ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ช่วงไตรมาสที่ 3
การพยาบาล	1.ประเมิน ระดับความปวด (Pain score)

2. ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา โดยเฉพาะ ยากลุ่ม NSAIDs, Sulfonamides (เพราะ Dynastat มีโครงสร้างคล้าย)
3. ตรวจสอบประวัติโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคไต ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร
4. เฝ้าระวัง อาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ บวม (จากการคั่งน้ำ/โซเดียม) ความดันโลหิตสูง
5. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่ควรแจ้งพยาบาลทันที เช่น แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก บวมมาก
6. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนหลังได้รับยา เพราะอาจมีอาการเวียนศีรษะ

## 12. Lasix

<b>ชื่อสามัญ</b>	Furosemide
<b>ชื่อการค้า</b>	Lasix
<b>ประเภท</b>	ยาขับปัสสาวะชนิดแรง (Loop diuretic)
<b>ข้อบ่งใช้</b>	ขับปัสสาวะ ช่วยลดอาการบวมจากภาวะหรือโรคต่าง ๆ เช่น ไตวาย หัวใจวาย รวมถึงใช้รักษาโรคความดันโลหิตอีกด้วย
<b>การออกฤทธิ์</b>	ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของโซเดียมและคลอไรด์ที่บริเวณลูปออฟเฮนเล ส่วนขาขึ้น (Loop of henle คือท่อยาว ๆ ที่เป็นทางผ่านของปัสสาวะในหน่วยไต เมื่อปัสสาวะเดินทางผ่านท่อนี้ ลูปออฟเฮนเลจะคอยดูดและขับสารในปัสสาวะออก) เพิ่มการขับออกของโพแทสเซียมและแอมโมเนีย ลดการขับออกของกรดยูริก เพิ่มการทำงานของเรนิน (Renin) นอร์อีพิเนพรีน (Norepinephrine) และอาร์จินิน-วาโซเพรสซิน (Argenine-vasopressin) ในกระแสเลือด ซึ่งต่างก็เกี่ยวข้องกับการขับปัสสาวะออก เรนิน (Renin) แองจิโอเทนซิน (Angiotensin) และอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) เป็นฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิต ของเหลว และสมดุลอิเล็กโทรไลต์ โดยฮอร์โมนทั้ง 3 จะถูกกระตุ้นให้ทำงานเมื่อร่างกายมีความดันโลหิตต่ำ

<b>ผลข้างเคียง</b>	<p>-ห้ามใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ยา Furosemide และยาในกลุ่มซัลโฟนาไมด์ (Sulfonamide) รวมถึงผู้ป่วยไตวาย ผู้ป่วยที่ปัสสาวะไม่ได้ ผู้ป่วยโรคแอดดิสัน (Addison's disease) ผู้ป่วยที่มีภาวะของเหลวในร่างกายต่ำ หรืออยู่ในภาวะขาดน้ำ</p> <p>-ระวังการใช้ยา Furosemide ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคตับหรือโรคไต ผู้ป่วยโรคเกาต์ ผู้ป่วยสูงอายุ เด็ก ผู้มีครรภ์ และผู้ที่กำลังให้นมบุตร</p> <p>-ยามีความเสี่ยงทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว</p> <p>-ยาในรูปแบบยาฉีด อาจก่อให้เกิดพิษต่อหู (หูหนวก) ได้ หากใช้ยาแล้วเกิดผลข้างเคียงต่อการได้ยิน อาจเกิดจากการรับขนาดยาที่เร็วและสูงเกินไป ให้รีบปรึกษาแพทย์ เพื่อป้องกันการสูญเสียการได้ยินอย่างถาวร</p>
<b>การพยาบาล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินน้ำหนักตัว ปริมาณปัสสาวะ อาการบวม</li> <li>2. ตรวจระดับอิเล็กโทรไลต์ (โดยเฉพาะ <math>K^+</math> และ <math>Na^+</math>)</li> <li>3. ตรวจความดันโลหิตและชีพจรก่อนให้ยา</li> <li>4. ฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะ หมดสติจากความดันต่ำ สังเกตอาการของ Hypokalemia อ่อนแรง กล้ามเนื้อเกร็ง หัวใจเต้นผิดปกติ</li> <li>5. หลีกเลี่ยงการให้ยาเร็วเกินไปทาง IV → เพื่อป้องกันพิษต่อหู</li> </ol>

### 13. Bromhexine Hydrochloride

<b>ชื่อสามัญ</b>	Bromhexine Hydrochloride
<b>ชื่อการค้า</b>	Nuclear
<b>ประเภท</b>	ยาละลายเสมหะ (Mucolytic agent)
<b>ข้อบ่งใช้</b>	บรรเทาอาการไอที่มีเสมหะเหนียวเหนียว
<b>การออกฤทธิ์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bromhexine จะ ลดความหนืดของเสมหะ โดยกระตุ้นให้ร่างกายสร้างเอนไซม์ที่สามารถย่อยโปรตีนในเสมหะ → ทำให้เสมหะข้นเหนียวน้อยลง และขับออกได้ง่ายขึ้น</li> <li>2. ยังช่วยกระตุ้นขนกวัดในทางเดินหายใจให้ทำงานดีขึ้น → เสมหะเคลื่อนที่ออกจากปอดเร็วขึ้น</li> </ol>
<b>ผลข้างเคียง</b>	คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ผื่น คัน (ในบางราย) อาการแพ้ (น้อยมาก)

- การพยาบาล**
1. หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร
  2. ให้อาหารด้วยความระมัดระวังในผู้ที่มีโรคตับหรือไต
  3. หลีกเลี่ยงตั้งครุฑควรใช้ตามคำแนะนำของแพทย์เท่านั้น

#### 14. Calcium Gluconate 10%

**ชื่อสามัญ** Calcium Gluconate

**ชื่อการค้า**

**ประเภท** สารเกลือแร่ (Mineral supplement)

**ข้อบ่งใช้** ยาแก้ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ

**การออกฤทธิ์**

1. Calcium Gluconate ช่วยเพิ่มระดับแคลเซียมในเลือด โดยทำหน้าที่เสริมแคลเซียมที่จำเป็นในการทำงานของหัวใจ กล้ามเนื้อ ระบบประสาท และกระดูก
2. ในกรณีฉุกเฉิน เช่น hyperkalemia หรือ hypermagnesemia ยาจะช่วยฟื้นฟูเสถียรภาพของเยื่อหุ้มเซลล์หัวใจ ลดความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

**ผลข้างเคียง** คลื่นไส้ อาเจียน อัตรการเต้นหัวใจผิดปกติ Phlebitis (บริเวณที่ฉีดยา) หัวใจเต้นช้า ความดันต่ำ (หากฉีดเร็วเกินไป)

**การพยาบาล**

1. ประเมินระดับแคลเซียมในเลือด (Serum calcium) เพื่อยืนยันภาวะ hypocalcemia หรือข้อบ่งใช้ทางคลินิก เช่น hyperkalemia
2. ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา และโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคไต
3. ให้ทางหลอดเลือดดำเท่านั้น (IV slow push หรือ IV infusion) ฉีดช้าๆ อย่างน้อย 1–2 mL/min (โดยทั่วไป 10 mL ใน 5–10 นาที)
4. ฝ้าระวัง อัตราการเต้นของหัวใจ และ ECG monitor ตลอดเวลา → ระวังภาวะ arrhythmia หรือ bradycardia
5. ฝ้าระวัง อาการแคลเซียมเกิน (Hypercalcemia) เช่น คลื่นไส้ อ่อนแรง ซึม
6. หากรู้สึกคลื่นไส้ หน้ามืด ใจสั่น หรือรู้สึกแปลกๆ ขณะได้รับยา แจ้งพยาบาลทันที

7.ผู้ป่วยที่ได้รับ calcium ทาง IV ควร จำกัดการเคลื่อนไหวแขนขาที่ให้ยา ขณะให้ยา เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดเลือด

ตารางที่2 แบบประเมินการฝึกพูดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด

หัวข้อประเมิน	รายละเอียด/พฤติกรรมที่สังเกตได้	คะแนน (0-3)	หมายเหตุ
ความสามารถในการเปล่งเสียง	0 = ไม่มีเสียง 1 = มีเสียงเบามาก 2 = มีเสียงแต่ไม่ชัด 3 = มีเสียงชัดเจน		
ความต่อเนื่องในการเปล่งเสียง	0 = พูดขาดช่วงตลอด 1 = ต่อเนื่องบางคำ 2 = พูดประโยคสั้นได้ 3 = ต่อเนื่องเป็นประโยค		
ความเข้าใจของผู้ฟัง	0 = ไม่เข้าใจเลย 1 = เข้าใจบางคำ 2 = เข้าใจในบริบททั่วไป 3 = เข้าใจชัดเจน		
ความมั่นใจของผู้ป่วยในการพูด	0 = ไม่กล้าพูดเลย 1 = พูดเฉพาะต่อหน้าผู้ดูแล 2 = พูดกับคนรู้จัก 3 = พูดกับผู้อื่นทั่วไป		

การใช้เครื่องมือช่วยพูด (ถ้ามี)	0 = ใช้ไม่ได้เลย 1 = ใช้ได้บางครั้ง 2 = ใช้ได้สม่ำเสมอ 3 = ใช้ได้ตลอดเวลา		
---------------------------------	--	--	--

รวมคะแนนเต็ม: 15 คะแนน

การแปลผลเบื้องต้น:

- 0-5 = ต้องการการฝึกเพิ่มเติมอย่างมาก
- 6-10 = เริ่มมีพัฒนาการ แต่ยังต้องการการสนับสนุน
- 11-15 = พูดได้ดีในระดับที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวันได้

ตารางที่ 9 แผนการรักษาที่ได้รับ (23 เมษายน-29 เมษายน 2567)

วันที่	แผนการรักษาที่ได้รับ
23 เมษายน 2567	- Laryngoscope -Admit for emergency
24 เมษายน 2567	-Set OR for Tracheostomy with Direct Laryngoscope and biopsy - CT OROPHARYX AND NECK WITH CONTRAST
28 เมษายน 2567	D/C 29 เมษายน 2567 -HM -Augmentin(1) 1*2 O pc -Para (500) 1tab q 6hr. -muclear 1*2 O pc
29 เมษายน 2567	-นัด Admit for Total Laryngectomy วันที่ 17 พฤษภาคม 2567

ตารางที่ 9 แผนการรักษาของแพทย์ที่ได้รับ (16 พฤษภาคม – 28 พฤษภาคม 2567 )

วัน เดือน ปี	Order for 1 day only	Order for continuation
16 พฤษภาคม 2567 14.17น.	5% D/N/2 1,000 ml 80 ml/hr NG no 14 ไป OR จอง PRC 2 U จอง ICU augmentin 1.2 gm ไป oR Pre-med by Anes -Pre-op by anesthesia -no sedation ค่ะ	16 พฤษภาคม 2567 14.17น. record V/S regular diet med none
16 พฤษภาคม 2567 14.28น.  22.26น.	Pre-op by anesthesia -งดน้ำและงดอาหาร หลังเที่ยงคืน -no sedate -iv as surgeon order -เจาะ CBC Electrolyte -รบกวนจอง ICU -keep K3.5-5.0, Na130-150, Hct >28 - retain F/C	
17 พฤษภาคม 2567 09.29น.	-Postop order for pain control -MO 4 mg iv prn q 4 hr	

14.53น.	-Dynastat 40 mg iv q 12 hr x 2 dose -Onsia 8 mg iv prn for N/V q 8 hr -CPM 10 mg iv prn for itching q 6 hr -observe sedation score และ RR ทุก 1 ชม.จนอาการ คงที่ Routine post-op care Ca, Alb 18.00pm today Ca, Alb 6.00 am 17-18-19/05/67 ส่ง Patho 2 ชิ้น 5% D/N/2 1,000ml 60 ml/hr กลับ ICU	
---------	--	--

ตารางที่ 9 แผนการรักษาของแพทย์ (16 พฤษภาคม – 28 พฤษภาคม 2567 ) (ต่อ)

วัน เดือน ปี	Order for 1 day only	Order for continuation
		17 พฤษภาคม 2567 14.55น. - record V/S - regular diet -observe อาการ ชา ปลายมือ ปลายเท้า รอบปาก chvostek sign positive Plz notify med - augmentin 1.2 g v q8hr - para (500) 1tab prn q 6 hr - nuclear 1*2 oral pc  17 พฤษภาคม 2567 17.55น. NPO  17 พฤษภาคม 2567

		20.06น. - NPO เว้นยา Feed ทาง NG - para (500) 1tab Feed prn q 6 hr - nuclear 1 x 2 Feed pc - Cal tab 1 x 3 Feed pc - Vit-D 1 x 2 Feed pc
--	--	---

ตารางที่ 9 แผนการรักษาของแพทย์ (16 พฤษภาคม – 28 พฤษภาคม 2567) (ต่อ)

วัน เดือน ปี	Order for 1 day only	Order for continuation
18 พฤษภาคม 2567	Notify urine 25ml/ 2 hr ,urine sp.gr 1023 Rx. - Load Acetar 300 ml iv in 30 min - Keep urine 90 ml/2 hr	
01.59น.		
04.06น	notify หลัง load Acetar urine ออก 40 ml/2hr Rx. - Acetar 300 ml IV in 30 min	
07.09น.	- cbc Bun cr Elyte - MO 3 mg V prn q 6 hr - plasil 1 amp v prn q 8 hr - BD (1:1) 150 ml * 4 feed - 10%calcium gluconate 1 amp + 5DW 100 ml x 2 iv drip rate 20 ml/hr - 5% D/N/2 1,000ml 60 ml/hr	



<p>20 พฤษภาคม 2567 08.12น.</p> <p>09.58น.</p>	<p>- ca alb 21,22/5/67 - ย้ายไป ward พุ่งนี้</p> <p>-CXR P -UA -H/C *2 -cbc bun cr elyte</p> <p>- ย้ายกลับ ward ได้</p>	<p>20 พฤษภาคม 2567 08.51น.</p> <p>BD(1:1) 350 ml *4 feed senokot 2 tab oral hs prn</p>
---	---	--

ตารางที่ 9 แผนการรักษาของแพทย์ (16 พฤษภาคม – 28 พฤษภาคม 2567 ) (ต่อ)

วัน เดือน ปี	Order for 1 day only	Order for continuation
<p>28 พฤษภาคม 2567 09.38น.</p> <p>13.40น.</p> <p>14.47น.</p> <p>14.49น.</p>	<p>ส่ง เขา TC วันนี้</p> <p>-plan post op CCRT -consult oncomed -ทำฟันให้เสร็จก่อนมา RT -CT sim with contrast 6/6/67 -Plan start RT 20/6/67</p> <p>สอนญาติทำ BD DC Today FU 1 wk อังคาร ( Ca, Alb, TFT )</p> <p>HM AMK(1) 1*2 pc # 20 Para(500) 1 tab oral prn q 6 hr # 12 Cal Tab 1*3 pc # 90 Vit D 1*3 pc # 90</p>	

